Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg
Direktor: Professor Dr. C. J. Gauß.

Über Appendektomien, die gelegentlich gynäkologischer Operationen ausgeführt worden sind

INAUGURAL-DISSERTATION
verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg
vorgelegt zur
Erlangung der Doktorwürde

von
LUDWIG BINNER
aus Regensburg

1936

Referent: Professor Dr. C. J. Gauß.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen Eltern gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549802_0068

Die ersten pathologisch-klinischen Untersuchungen über die Erkrankungen der im rechten Hypogastrium liegenden Organe findet man zu Beginn der zwanziger Jahre des vorigen Jahrhunderts. Schon Aretäus (100 n. Chr.) soll den ersten perityphlitischen Abszeß eröffnet haben. Berengar von Carpi, ein Chirurg und Anatom in Bologna, der im sechzehnten Jahrhundert lebte, beschrieb schon zuverlässig die Existenz des Wurmfortsatzes. Im Anfang des neunzehnten Jahrhunderts haben französische Aerzte zuerst auf die Bedeutung der entzündlichen Erkrankungen des Wurmfortsatzes hingewiesen. Loyer-Villermay hat im Jahre 1824 zwei Fälle von akuter Bauchfellentzündung beschrieben, bei denen die Sektion den gangraenösen Wurmfortsatz als Ausgangspunkt der Erkrankung fand. Dupuytrens wollte die spezifische Erkrankung des Wurmfortsatzes nicht anerkennen und sprach von einer typischen Erkrankung der rechten Darmbeingrube, für die er eine idiopathische Entzündung des stärker angehäuften Zellgewebes hinter dem Colon-ascendens verantwortlich machte. Menière hat periproktitische Abszesse als Ausgangspunkt der obigen Erkrankungen angenommen. Puchelt hat als erster deutscher Kliniker die Bezeichnung „Perityphlitis" eingeführt, wodurch er zweifellos die Klärung der obigen Frage gefördert hat. Bamberger versuchte in den fünfziger Jahren die Perityphlitisfrage in ein System zu bringen; er unterschied eine intra- und extraperitoneale pericoekale Eiterung; die schweren Erkrankungsformen der Appendix führte er auf eine Perforation zurück, für die leichteren Formen machte er noch eine Erkrankung des Coekums verantwortlich. Die amerikanischen Aerzte Fitz, Gaston und Mc. Burney haben das Appendicitisproblem weiter geklärt und die Grundlage für die neueren Forschungen geschaffen; sie wiesen zuerst auf die Appendix als Ausgangspunkt der Erkrankung hin, führten die Bezeichnung „Appendicitis" ein und schlugen die Frühoperation vor. In Deutschland hat Krönlein 1848 die erste Appendektomie vorgenommen. Die praktisch so wichtige Klarstellung der Appendixerkrankung wurde umso dringlicher, als man bald auch ihr häufiges Auftreten feststellen mußte. Immer mehr zeigte sich, daß die Entzündung des Wurmfortsatzes wahrscheinlich die häufigste aller Erkrankungen sei, daß „im späteren Lebensalter der kranke Wurmfortsatz die Regel, der gesunde die Ausnahme"

sei! So haben denn zahlreiche Kliniker und Anatomen wie Sprengel, Sonnenburg, Kümmel, Riedel, Ribbert, Benda, Oberndorfer, Rickert die pathologischen Vorgänge studiert und zu klären gesucht. In neuerer Zeit sind wir vornehmlich durch die Arbeiten von Aschoff und seiner Schüler unterrichtet.

Die Appendix ist ein lymphoepitheliales Hohlorgan, welches innen Cylinderepithel und drüsenreiche Mucosa, dann eine Muscularis mucosae und eine lymphozytenreiche Submucosa, dann Muskelschichten und eine zarte Serosa aufweist. Nach den grundlegenden Studien Aschoffs unterscheidet man bei den Appendicitiden am besten die Appendicitis acuta, den sog. Anfall, die Ausheilungsformen, welche die Grundlage der Appendicitis chronica bilden und endlich das Narbenstadium (cicatrices ex appendicitide).

Der akute Anfall zeigt gewöhnlich folgenden Verlauf: Als früheste Veränderung läßt sich (zirka sechs Stunden nach Beginn der klinischen Symptome, die sich in Leibschmerz, umschriebenem Druckschmerz, Erbrechen, geringem Fieber äußern können) der sogenannte Primärinfekt nachweisen. Makroskopisch kann der Wurmfortsatz, von einer feinen Injektion der Serosa abgesehen, ganz normal aussehen, zeigt auch nach Eröffnung des Lumens gar nichts besonderes; erst das Mikroskop deckt die Quelle des Leidens auf; es handelt sich um einen ganz geringen Epitheldefekt in einer der vielen Schleimhautbuchten. An Stelle des Epithels sitzt ein kleiner, aus Leukozyten und Fibrin gebildeter Pfropf der Schleimhaut auf. Im schroffen Gegensatz zu diesen geringen Oberflächenveränderungen stehen, und das ist charakteristisch für die Appendicitis, die relativ schweren Entzündungserscheinungen in der Wand selbst; keilförmig von der Stelle des Primärinfektes ausgehend, durchsetzt eine dichte Leukozytenmasse alle Wandschichten bis zur Serosa, welche an dieser Stelle bereits Zeichen beginnender Exsudation erkennen läßt. Es ist also Muscularis und Serosa in einem viel größeren Umfange ergriffen als die Mucosa. Dies schnelle Ergriffensein eines Teiles des serösen Ueberzuges des Blinddarms erklärt es, daß beim akuten Anfall die peritonealen Symptome so früh auftreten. Das geringe eitrig-seröse Exsudat ist in diesem Frühstadium gewöhnlich keimfrei; es handelt sich also um eine rein toxisch ausgelöste zirkumskripte Peritonitis.

Dieser Prozeß kann ebenso schnell, wie er entstanden ist, auch wieder zurückgehen; schon zwei bis dreimal vierundzwanzig Stunden nach dem ersten Schmerzanfall kann er soweit abgeklungen sein, daß kaum noch Residuen der Entzündung später nachweisbar sind. Diese restlose Ausheilung der Appendicitis ohne Hinterlassung irgendeiner Narbenbildung erfolgt immerhin in einem gewissen Prozentsatz.

Nun gibt es sicherlich noch leichtere Fälle! Findet man doch bei der Sektion eine ungeheuer große Zahl von Appendices, bei denen die Entzündung klinisch überhaupt nicht erkannt wurde, auch gar nicht erkennbar war; sie segeln vielfach unter falscher Flagge, gehen unter der Diagnose Magenverstimmung, Leibschmerzen, Darmkatarrh oder Magendarmkatarrh. Für sie ist die Bezeichnung latente, rudimentäre oder ambulante Appendicitis, Appendicitis levissima, Appendicitis fugax (Aschoff) geschaffen worden. Histologisch liegen wohl die typischen Narbenveränderungen vor, allein sie sind nur bei Anwendung von besonderen Methoden (Oxydasereaktion) zu erkennen.

Indem mehrere Primärinfekte entstehen oder die Entzündungen in der Tiefe der Furchen weiterkriechen und jedesmal entsprechende Wandabschnitte bis zur Serosa in Mitleidenschaft gezogen werden, entsteht das erste Stadium der Appendicitis, die Appendicitis simplex sive non complicata. Es kommt zur diffusen Wandphlegmone und zur teilweisen eitrigen Einschmelzung des Gewebes; Submucosa, Muscularis und Serosa sind ganz durchtränkt von neutrophil und eosinophil gekörnten Leukozyten. Die Schleimhaut kann hierbei relativ lange intakt bleiben, man spricht dann von der reinf phlegmonösen Form der Blinddarmentzündung (Appendicitis phlegmonosa). Oder aber, es kann die Schleimhaut ebenfalls in die eitrige Einschmelzung eingezogen werden, es bilden sich Geschwüre mit diphtherischem Belag eines größeren oder kleineren Bezirkes der Schleimhaut; die rein phlegmonöse Form geht in die phlegmonös-ulceröse Form über (Appendicitis phlegmonosa-ulcerosa).

Es kann aber auch der Prozeß übertreten in das zweite, gefürchtete Stadium der Komplikationen; sie sind klinisch durch Fortbestand oder Steigen der Fiebertemperatur, stärkere Störung des Allgemeinbefindens, stärkere Spannung der Bauchdecken im Gebiet des Wurmfortsatzes charakterisiert (Appendicitis complicata sive destructiva).

Diese Komplikationen bestehen darin, daß — bei anscheinend wenig veränderter Schleimhaut — in den äußeren Wandschichten eine eitrige Einschmelzung, die Bildung sog. Wandabszesse, zustande kommt, die dann nach innen oder nach außen durchbrechen (Appendicitis apostematosa perforans); in letzterem Falle infizieren die bakterienhaltigen, miliaren Abszesse das Peritoneum.

Eine andere Form von Komplikationen besteht darin, daß es durch Weiterkriechen der Geschwürsbildungen der Schleimhaut zur entzündlichen Thrombose der Venen, hämorrhagischen Infarzierung, ausgedehnter Nekrose ganzer Wandschichten und schließlich zu breiten Perforationen kommt, durch die sich der ganze infektiöse Inhalt des entzündeten Wurmfortsatzes nach außen ergießt (Appendicitis gangraenosa perforans).

Die Folgen solcher grober Perforationen müßte in jedem Falle eine schwere ausgedehnte Peritonitis sein; gegen diese Gefahr besteht jedoch weitgehend Schutz, da sich schnell schon im Frühstadium der Appendicitis, wie oben ausgeführt, eine toxische Entzündung des serösen Ueberzuges der Appendix ausbildet, welche bei der hervorragend plastischen Eigenschaft, die das Peritoneum bei allen entzündlichen Prozessen entfaltet, früh zu Verklebungen mit den benachbarten Därmen, dem Netze, oder dem Peritoneum führt, die den gangraenösen Wurm bakterienddicht gegen die freie Bauchhöhle abkapseln. Führt eine Appendicitis nicht zur Perforation, dann kann sie ausheilen und vernarben. Die gewöhnlich unkomplizierten, phlegmonösen Formen heilen, wie schon erwähnt, zum Teil so glatt aus, daß außer einer leichten Verdickung oder Verklebung überhaupt am Wurmfortsatz nichts zu sehen ist, so daß man ihn für normal erklärt. Waren bereits oberflächliche Geschwüre eingetreten, so kommt es durch die Vernarbung der Wundflächen, welche den Buchten entsprechen, zu einer Stenosierung des Lumens; war aber die Schleimhaut ganz zerstört, so erfolgt die Obliteration.

In der Obliteration nur einen senil-atrophischen Rückbildungsprozeß sehen zu müssen — wie vielfach behauptet wird — wird widerlegt durch die Tatsache, daß obliterierte Appendices auch bei jüngeren Individuen ungemein häufig gefunden werden, daß man allerlei andere Zeichen der Entzündung vorfinden kann, und vor allem dadurch, daß die obliterierten Partien gerade mit den akut-entzündlich veränderten in ihren topographischen Beziehungen völlig übereinstimmen.

Neben Stenose und Obliteration sind dann noch Muskelwanddefekte als Folgen intramuraler Abszesse oder früherer Perforationen, ferner totale Unterbrechung der Kontinuität, schließlich spurloses Verschwinden des distalen Abschnittes, selten des ganzen Wurmfortsatzes zu nennen.

Die geschilderte, außerordentlich große Heilkraft der Natur wird nun oft dadurch beeinträchtigt, daß, wie Aschoff zeigte, ganz besonders gerne in den Fällen, in denen es im Anschluß an eine im proximalen Teile der Appendix abgelaufene Entzündung zu teilweisen Stenosen oder Obliterationen gekommen ist, auffallend lange nach dem Ablauf des akuten Anfalles frische Granulationsprozesse distalwärts von der Obliterationsstelle im Blinddarm zu finden sind. Diesen verzögerten Abheilungsvorgang nach einem appendicitischen Anfall bezeichnet man heute als „chronische Appendicitis"! Da es sich um nicht geheilte, um dauernd kranke Wurmfortsätze handelt, die sich in einem Stadium der Ruhe befinden, empfiehlt es sich, statt Appendicitis chronica den Zustandsbegriff der Appendicopathia chronica zu setzen, wie Döderlein, Krönig vorgeschlagen haben.

Die Folge dieses unvollkommenen Abheilungsprozesses kann ein plötzliches neues Aufflackern einer akuten Entzündung sein; es erwacht die anatomisch veränderte im Ruhestadium der Erkrankung befindliche Appendix zu neuer und jetzt oft recht stürmischer Erkrankung. „Zur Eigenart der Appendicitis gehört es, daß sie zu Recidiven neigt!" „One Appendicitis, always Appendicitis" sagt ein amerikanisches Sprichwort. So erklärt sich die Tatsache, daß der akute Anfall, welcher zur Operation führt, sehr häufig anamnestisch als der erste imponiert, während der entfernte Wurm makroskopisch und mikroskopisch neben akuten, frischen, schon alte Veränderungen aufweist.

Aschoffs sorgfältige Forschungen und Untersuchungen eröffneten also ganz neue Gesichtspunkte zur histologischen Diagnose der Appendixprozesse. Nunmehr ist es möglich, auch nach Ablauf der akuten Erkrankung an den Wandveränderungen des Processus vermiformis zu erkennen, ob sich in ihm eine Entzündung abgespielt hat oder nicht; je nach der Art und der Intensität der Veränderungen an der Schleimhaut und den übrigen Schichten der Wand wird ersichtlich werden, ob der Prozeß von innen nach außen oder von außen nach innen fortgeschritten ist. Das bedeutet für die Gynäkologie ein äußerst wichtiges Ergebnis. Hat man doch erst daraus ersehen, wie unvergleichlich viel häufiger die Appendicitis bei der Frau ist, als man es früher gemeinhin angenommen hatte, und wie hoch ihre pathogenetische Bedeutung für andere Organe, insbesondere für die weiblichen Adnexe, ist; besonderes Interesse des Gynäkologen verlangt die Appendicitis auch insofern, als in der Schwangerschaft der Frau gerade die Wurmfortsatzentzündung eine höchst gefährliche Komplikation darstellt.

Einwandfreie Statistiken darüber, wie oft bei einer Laparotomie wegen gynäkologischen Erkrankungen auch Wurmfortsatzentzündungen zu konstatieren sind, liegen nicht vor; wenigstens schwanken die Zahlen ganz außerordentlich. Wenn Dührßen z. B. bei seinen Laparotomien den Processus in 3 Proz., Amann von 280 Fällen 17mal = in 6 Proz., Edebohls in 4 Proz., Kelly in 10 Proz., erkrankt fand, so sind diese Zahlen viel zu niedrig gegriffen. Ebensowenig richtig sind aber auch die Angaben von Kraemer, der bei 90 Laparotomien wegen gynäkologischer Erkrankung an der Bonner Klinik am Processus 67mal, also in ca. 75 Proz. Veränderungen fand; denn einmal rechnet er zu den pathologischen Veränderungen schon Verlagerungen und Schleimhauterweiterungen, Befunde, die auch schon bei ganz normalem Processus sich finden; zweitens sind Veränderungen am Wurmfortsatz noch keine Appendicitiden.

Pankow hat bei 147 wahllos exstirpierten Wurmfortsätzen folgendes gefunden:

1. sichere Appendicitis	in 82 Fällen	= 56 Proz.
2. sicherer Uebergang einer Entzündung von außen	in 5 Fällen	= 3,5 Proz.
3. fragliche Befunde	in 24 Fällen	= 16 Proz.
4. unveränderte Wurmfortsätze	in 36 Fällen	= 24,5 Proz.

Von den 24 fraglichen Befunden abgesehen, fand er also bei 123 Patientinnen 82 Wurmfortsätze mit sicheren Zeichen einer überstandenen Entzündung, d. h. daß etwa 60 Proz. aller Frauen, die zur Operation kommen, eine Appendicitis durchgemacht haben. Das scheint zunächst ein außerordentlich hoher Prozentsatz zu sein; wenn man aber bedenkt, daß z. B. Ribbert bei Menschen über 60 Jahren den Wurmfortsatz in über der Hälfte aller Sektionen obliteriert fand, daß eine solche Obliteration stets als Zeichen einer vorausgegangenen Entzündung aufzufassen ist, daß bei weitem nicht alle Entzündungen zur Obliteration führen, sondern ein großer Teil auch ohne solche ausheilt, so dürfte die Zahl von 60 Proz. nicht zu hoch gegriffen sein.

In ganz besonderem Maße zwang die öfters gleichzeitige Erkrankung des Wurmfortsatzes und der Adnexe gerade die Gynäkologen immer mehr, ihre Aufmerksamkeit der Erkrankung der Appendix zuzuwenden. Zum ersten Male hat 1888 Barnsby zusammenhängend über die Komplikationen der Appendicitis mit den Erkrankungen der Adnexe geschrieben; er nahm an, durch entzündliche Prozesse entweder am Wurmfortsatz oder an den Adnexen bilden sich Adhäsionen mit neuen Lymphbahnen, in denen virulente Keime wandern und die Erkrankung des einen Organs auf das andere übertragen können. Auf diese entzündlichen Verlötungen legte er großes Gewicht, indem er dieselben als praedisponierendes Moment für die Entstehung der Appendicitis ansah. Die Appendix soll dadurch in ihrer Widerstandsfähigkeit geschädigt sein, und besonders zu chronischen Entzündungen neigen; aus diesem Grunde hat er bei den Erkrankungen der Adnexe stets die Appendix abgetragen. Auch Beuttner will bei vielen Adnexitiden anschließend eine secundäre Appendicitis festgestellt haben. Aus seinem Material errechnete er: zehn doppelseitigen leichteren Adnexerkrankungen entsprechen drei kranke Wurmfortsätze, zehn doppelseitigen schweren Adnexerkrankungen dagegen neun kranke Wurmfortsätze; demnach scheint mit der Zunahme der Schwere der Adnexerkrankungen auch die Zahl der histologisch veränderten Wurmfortsätze Hand in Hand zu gehen. Auch Fraenkel führt von 1002 „Gestohlenen Appendices“ 34 Fälle auf, bei denen der Entzündungsprozeß der Genitalorgane auf die Appendix übergegriffen hat; solche von außen nach innen übergreifende und fortschreitende Prozesse

treten als Periappendicitis zutage, oder sie erstrecken sich bis in die Muskulatur und führen dort zur Narbenbildung.

Wie oft die Appendicitis nun ihrerseits als Ursache der Genitalerkrankungen anzusehen ist, hat nicht minder das Interesse der Gynäkologen auf sich gezogen. So hat Oechsner bei 248 Fällen von Appendicitis 56mal die Beteiligung ein oder beider Tuben gefunden, wovon 41mal die Erkrankung des Wurmes auf die Tuben übergegriffen hat, während in 15 Fällen der umgekehrte Infektionsmodus nachweisbar war. Von den 1002 Laparotomien Fraenkels an der Bonner Klinik hat in 15 Fällen die primäre Erkrankung der Appendix zu einer gynäkologischen Affektion geführt.

Relativ sehr oft scheint die Appendicitis die Ursache pelviperitonitischer Adhäsionen zu sein, wie wir sie besonders im Douglas um die abdominellen Tubenenden herum finden. Die Folge derartig retrouteriner entzündlicher Adhäsionen wird dann meist in einer Dislokation des Uterus nach hinten liegen, indem sich die Adhäsionen bei ihrer Organisation gleichzeitig retrahieren. Da die Pelviperitonitis ex appendicitide gleichzeitig auf beide Tuben übergehen kann, so kommt es häufig zu Verwachsungen der Tuben und des Ovariums untereinander sowie mit den benachbarten Därmen und dem Peritoneum parietale des kleinen Beckens; es kann auch der Pavillon der Tube mit der Oberfläche des Ovariums allseitig verkleben und die Ausbildung einer Tubaovarialcyste die Folge eines derartigen Prozesses sein.

Hat die Pelviperitonitis und Perioophoritis zu Verwachsungen der Organe untereinander oder mit der Nachbarschaft geführt, ist infolge der Perisalpingitis ein Verschluß des Pavillons der Tuben eingetreten, so ist eine Sterilität die Folge. Dabei liegen hier die Verhältnisse insoferne günstig, als diese entzündlichen Prozesse infolge fortgeleiteter Appendicitis mehr perisalpingitische Erscheinungen auslösen und es doch nur selten zu Zerstörungen der Tube kommt, wie bei gonorrhoischer, septischer und tuberkulöser Endosalpingitis. Da Schridde zeigen konnte, daß gonorrhoische Entzündungen der Tuben auch lange nach Ablauf der akuten Entzündung pathologisch-anatomisch wohlcharakterisierte residuale Entzündungszustände belassen, sind die postgonorrhoischen Adnexveränderungen sicher von anderen residualen Entzündungserscheinungen zu trennen. Beim Nachweis pelviperitonitischer, perisalpingitischer und perioophoritischer Prozesse käme es in jedem Falle dann nur noch darauf an, die differentielle Diagnose zwischen puerperal-septischen Prozessen, residualen tuberkulösen Prozessen und residual pelviperitonitischen Prozessen ex appendicitide zu stellen. Da die puerperal-septischen Prozesse oft durch die Anamnese weitgehend sicher auszuschalten sind, da ferner alte tuberkulöse Prozesse meist charakteristische Veränderungen belassen, so geht man in all den Fällen, in denen pelviperitoniti-

sche Prozesse und Adhäsionsbildungen nachweisbar sind, und gleichzeitig die mitentfernte Appendix die charakteristischen Vernarbungen zeigt, nicht fehl, wenn man hier eine abgelaufene Appendicitis als Ursache von Entzündungserscheinungen annimmt. Pankow hat sich der großen Mühe unterzogen, unter genauer Berücksichtigung der histologischen Befunde sowie der Anamnese Klarheit in die Aetiologie von rund 400 wegen chronischer Adnexerkrankung operierten Frauen der Freiburger Frauenklinik zu bringen; in seiner Statistik konnte er feststellen, daß in nicht weniger denn 22 Prozent der Fälle die Appendicitis als ursächliches Moment in Betracht kommt, und daß vor allem die Bedeutung der Gonorrhoe für pelviperitonitische und periadnexitische Prozesse ganz wesentlich überschätzt wird. Bestimmt also liegt beim Nachweis von gleichzeitiger Residualentzündung am Appendix und an den Adnexen ein Causalitätsverhältnis zwischen beiden Prozessen vor, indem entweder, was das Häufigere ist, eine Entzündung vom Appendix zu den Adnexen absteigt und dort Entzündungen nicht bloß um die Adnexe und um den Uterus, sondern auch, wenn allerdings auch nur in geringem Prozentsatz der Fälle, in den Tuben und in den Ovarien selbst hervorruft; oder aber es kann seltener die Entzündung in den Adnexen das Primäre sein und von hier aus auf die Appendix übergehen. Jedoch bei der Häufigkeit der Appendicitis einerseits und der Adnexerkrankung andererseits kann auch eine zufällige Coincidenz vorliegen. Sicherlich ist dieses für die Mehrzahl der Fälle auch zutreffend.

Eine ganz gefährliche Komplikation stellt das Zusammentreffen von Appendicitis und Schwangerschaft dar. Während es im nicht schwangeren Zustande der Frau sehr oft durch die Heilbestrebungen der Natur zum periappendiculären Abszeß kommt, wodurch die Ausbreitung des Abszesses in die freie Bauchhöhle verhindert oder doch wesentlich eingeschränkt bleibt, wird bei der Komplikation mit Schwangerschaft dieses Heilbestreben der Natur oft dadurch vereitelt, daß entsprechend dem topographischen Verhältnis der Appendix zum schwangeren Uterus die Umgrenzung des periappendiculären Abszesses zum Teil vom graviden Uterus gebildet wird; da dieser aber keine unbewegliche Wand des Abszesses darstellt, so kann bei Kontraktion des Uterus, vornehmlich aber bei Auslösung von Geburtswehen mit Ausstoßung der Frucht die Abkapselung gesprengt werden und es zum Erguß des Eiters in die freie Bauchhöhle kommen. Im Gegensatz zu der relativ günstigen Prognose bei Appendicitis mit Abkapselung im nicht schwangeren Zustande ist die Prognose hier so verschlechtert, daß Hermann Schmid, wie auch die Arbeiten von Renvall und Pankow für die nicht operierten Fälle von Appendicitis in der Schwangerschaft eine

Mortalität von ca. 50—60 Prozent berechnen. Auch für die Frucht besteht äußerst schlechte Prognose: dadurch, daß es relativ oft zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft kommt, gehen ca. 80 Prozent der Früchte zugrunde.

Diese große Bedeutung der Appendicitis für die Frau im geschlechtsreifen Alter — sowohl die Gefährlichkeit bei Gestationsvorgängen des Weibes wie auch das Uebergreifen eines Appendixprozesses auf die benachbarten Adnexe — zwingen den Gynäkologen, die Appendektomie vorzunehmen. Die chronische Appendicitis, die Form des unvollkommenen Abheilungsprozesses, ist es dabei meist, welche, häufig zu Recidiven neigend, leichtere, doch anhaltende Schmerzempfindlichkeit der Appendix schafft und die Exstirpation des Wurmfortsatzes verlangt. Da nun aber nach den verschiedenen Statistiken die eitrige Form der Appendicitis in 5 Prozent, die nicht eitrige in 33—100 Prozent zu Recidiven neigt — nach Kümmel mindestens 50 Prozent — jedes Recidiv aber die gleiche Mortalität haben kann wie der erste Anfall, so liegt der Gedanke nahe, ob man nicht bei gynäkologischen Operationen gleichzeitig die Appendix mitentfernen soll, wenn man einmal gezwungen ist, die Bauchhöhle zu eröffnen. Es ist diese Frage mehrfach diskutiert und verschiedentlich beantwortet worden. Leopold, Albrecht, Wertheim haben die Forderung aufgestellt, den Wurmfortsatz bei jeder Laparotomie zu besichtigen und nur, falls er greifbare Veränderungen zeige, ihn zu entfernen; ganz besonders Schauta trat für diesen Standpunkt ein, eine ganz tadellose Appendix zu belassen und sie nur bei sichtbaren Veränderungen zu exstirpieren. Einem Wurmfortsatz aber kann man es makroskopisch gar nicht immer ansehen, ob er krank ist oder nicht; oft haben sich Krankheitsprozesse am Appendix abgespielt, über die, wie dies Landau schon 1906 ausgesprochen hat, nur das Mikroskop Aufschluß zu geben vermag.

So war es denn nur noch ein Schritt, der zur prinzipiellen Entfernung der Appendix führte. Pankow setzte sich vor allem dafür ein; „Voraussetzung ist jedoch ein für alle Mal, daß die prophylaktische Entfernung auch des makroskopisch unveränderten Wurmfortsatzes nur dann gemacht wird, wenn einmal schon aus anderer Indikation das Abdomen eröffnet werden mußte!" Bald traten auch Weißwange, Bürger, Hörrmann auf die Seite des Radikalismus, durch persönliche unangenehme Erfahrungen veranlaßt. „Wohlverstanden des Radikalismus gegenüber dem in die Hände gespielten Wurmfortsatz" gelegentlich einer aus anderen Gründen ausgeführten Operation. „Sie werden es begreiflich finden", sagt Hörrmann in einem Vortrag, „daß ich unter dem Eindruck dieser unangenehmen Komplikation — acht Tage post laparotomiam eine primäre gangränöse Appendicitis — von nun an jede Appendix, auch wenn sie keiner-

lei nachweisbare Veränderung aufwies, entfernte!" Auch Döderlein und Krönig bekannten sich zur prinzipiellen Appendektomie.

Was könnte nun veranlassen von der Entfernung der gesund aussehenden Appendix abzustehen?

1. der prinzipielle Standpunkt, daß der Arzt nicht berechtigt ist, ein gesundes Organ zu entfernen, „die Natur zu korrigieren", wie sich Wertheim einmal ausgedrückt hat;
2. die Unsicherheit in der Bewertung der Appendixfunktion;
3. Verlängerung der Operation;
4. Aenderung oder Vergrößerung des Schnittes;
5. zivilrechtliche Verantwortung;

Was den zuerst angeführten Punkt anlangt, so bestehen wirklich keine Bedenken, ein Organ, das beinahe bei jedem zweiten Menschen nachweisbar einmal erkrankt, bei einmal geöffneter Bauchhöhle zu entfernen. Nach dem Grundsatz, daß es dem Arzt nicht nur daran gelegen sein muß, Krankheiten zu heilen, sondern auch zu verhüten, vorausgesetzt daß dies wie hier ohne Schaden geschehen kann, erfüllt er mit dieser Operation nur eine dankenswerte Aufgabe. Der verschiedentlich angeführte Vergleich, daß man dann mit derselben Berechtigung einer Frau im praeklimakterischen Alter den Uterus entfernen müsse, um sie vor dem zu erwartenden Carcinom zu befreien, hinkt nach vielen Seiten, in erster Linie nach der Seite der Gefahr, denn so harmlos wie eine gelegentliche Appendektomie ist die Totalexstirpation des Uterus nie und nimmer.

2. Beuttner und Albrecht wollen dem Wurmfortsatz eine physiologische Funktion zuerkennen: „Es ergibt sich für den Wurmfortsatz eine wesentliche Bedeutung darin, daß er am Eingang des Dickdarms ein größeres Lymphozytenlager darstellt, welches Antikörper in flüssiger und organischer Form zu leisten imstande ist". Nach Sprengel wird von den Drüsen der Appendix ein alkalisch reagierendes, schleimiges, fermentatives Sekret in reichlicher Menge abgesondert. Pankow erklärt demgegenüber, daß der Processus vermiformis ein rudimentäres, ganz oder fast ganz wertloses Organ darstellt, welches obendrein infolge seiner häufigen Erkrankung eher eine Gefahr als ein Nutzen für seinen Besitzer bedeutet. Nachweislich ist bei den vielen Tausenden von Appendektomierten noch niemals ein auf einen Ausfall einer Organfunktion zu beziehender Schaden hervorgerufen worden.

3. Die Appendektomie stellt bei eröffneter Bauchhöhle nur noch einen Eingriff dar, der in drei bis fünf Minuten erledigt ist.

4. Bei allen Schnittführungen, die zwecks Laparotomie gynäkologischer Leiden ausgeführt werden, ist die Appendix vom Schnitt aus meist ohne weiteres erreichbar.

5. Die zivilrechtliche Verantwortung! Ob überhaupt schon jemals ein Chirurg von seinem Patienten Schwierigkeiten bekommen hat, weil er ohne dessen Kenntnis den Wurmfortsatz entfernt hat? Das Umgekehrte ist weit eher vorstellbar. Gegen die Exstirpation solcher Appendices, die in die Kategorie der „Gestohlenen Appendices" eingereiht werden können, bestehen demnach keine stichhaltigen Bedenken, so daß die Appendektomie angezeigt ist.

So wurde auch an der Würzburger Frauenklinik unter der Leitung von Prof. C. J. Gauß die Appendix bei den gynäkologischen Laparotomien mitentfernt, es sei denn, daß bestimmte Gegenanzeigen vorlagen, wie z. B. eine nicht tragbare Verlängerung der Operation, Alter der Patientin, oder aber frische Infektionsprozesse im Genitalapparat, die zu einer möglichsten Einschränkung in der Setzung von Wunden veranlaßten.

Ich habe Krankengeschichten der operativen Station von 1924 mit 1934 durchstudiert; in diesen 11 Jahren wurde von 2861 ausgeführten Laparotomien 1027 mal appendektomiert, das sind 36 Prozent!

Folgende Tabelle ergibt die Verteilung auf die verschiedenen Jahre!

	Lapartm.	Appdkt.	in Proz.
1924	291	170	58,4 %
1925	298	135	45,3 %
1926	258	80	31 %
1927	245	102	42 %
1928	254	101	40 %
1929	188	60	32 %
1930	251	66	26,3 %
1931	264	93	35,2 %
1932	243	68	28 %
1933	267	77	29 %
1934	302	75	24,8 %
	2861	1027	36 %

Unter den 1027 Appendektomien war die Operation 45 mal indiciert wegen eigentlicher Appendicitis. In nachfolgender Aufstellung werden sie angeführt und die Fälle von akuter Appendicitis untergeteilt in:

Appendicitis acuta
Appendicitis in graviditate
Appendicitis in puerperio

Wenn mancherseits Appendices mit Kotsteinen und Oxyuren als

	Appendicitis acuta				
	App. ac.	App. in grav.	App. in puerp.	App. chron.	gesamt
1924	2	—	—	3	5
1925	3	2	—	3	8
1926	2	—	—	1	3
1927	3	—	—	3	6
1928	1	1	—	1	3
1929	—	2	—	1	3
1930	—	3	1	2	6
1931	3	1	1	3	8
1932	—	—	—	1	1
1933	1	—	—	—	1
1934	1	—	—	—	1
	16	9	2	18	45

Die verbleibenden 982 Fälle sind also nebenbei ausgeführte Appendektomien, sog. „Gestohlene Appendices". Leider waren bei 44 Fällen die mikroskopischen Befunde verloren gegangen. Abzüglich derer habe ich bei 938 Appendices die histologischen Befunde verwertet; jedes einzelne Präparat wurde im hiesigen Pa-Geh. Rat M. B. Schmidt, im letzten Halbjahr 1934 unter der neuen Leitung des Instituts von Prof. M. Goll; dadurch, daß das ganze Material rasch und unberührt dem Fachmann vertrauensvoll überlassen wurde, ist eine einwandfreie Untersuchung und Beurteilung garantiert.

Die gynäkologischen Erkrankungen, deretwegen die Laparotomien ausgeführt wurden, waren:

Lageveränderung des Uterus:		595
Adnexerkrankungen:		228
davon: Adnexitis, Adnextumoren:	20	
Ovarialcyste:	91	
Ovarialtumor:	56	
Parovarialcyste:	19	
Tubenerkrankung:	42	
Uterusmyom:		64
Sectio:		1
Tubargravidität:		36
Pelviperitonitis:		19
Sterilität:		11
Fibrosarkom:		1
Uteruscarcinom:		4
Ovarialcarcinom:		1
Rectumcarcinom:		2

Es handelt sich dabei um Patientinnen im Durchschnittsalter von 20—45 Jahren, also der Zeit der Geschlechtsreife:

10—20 Jahre	45 Fälle
20—30 Jahre	338 Fälle
30—40 Jahre	355 Fälle
40—50 Jahre	159 Fälle
50—60 Jahre	39 Fälle
60—65 Jahre	2 Fälle

Der mikroskopisch-histologische Befund der 938 „Gestohlenen Appendices" ergab:

sicher krank	427 mal = 46 Prozent
fraglich	171 mal = 18 Prozent
ganz normal	340 mal = 36 Prozent

Da es sich um „Gestohlene Appendices" handelt, also um solche, die nur gelegentlich mitentfernt wurden, ist es leicht verständlich, wenn bei den kranken Würmern akut-entzündliche Prozesse nur in ganz wenigen Fällen (8 mal = 2 Prozent) gefunden wurden, daß vielmehr meistens chronische Appendicitis oder Zeichen einer abgelaufenen Entzündung vorlagen. Unter diesen krankhaft veränderten Wurmfortsätzen ließen sich folgende Formen beobachten:

Appendix verdickt:	47 mal
Appendix geknickt:	62 mal
Appendix retrocoecal:	61 mal
Appendix nach unten ins kleine Becken geschlagen:	9 mal
Appendix nach oben hochgeschlagen:	11 mal

Diese Befunde bedingten keineswegs ihre Beiordnung zu den kranken Appendices; vielmehr habe ich sie nur als Nebenbefunde aufgestellt.

In dem der Arbeit angefügten Anhang habe ich die Befunde an den 427 krankhaft veränderten Appendices aufgezählt und unter folgendem Gesichtspunkte geordnet:

A) akut-entzündlich verändert:	Fall 1 mit 8
B) nur mikroskopisch verändert:	Fall 9 mit 201
1. Zellinfiltrate in Serosa und Muscularis:	Fall 9 mit 57
2. Stenose des Lumens:	Fall 58 mit 64
3. Obliteration des Lumens:	Fall 65 mit 159
4. Narbenprozesse in der Muscularis:	Fall 160 mit 175
5. Kotstein und Oxyuren im Lumen:	Fall 176 mit 201
C) nur makroskopisch durch Verwachsungen verändert:	Fall 202 mit 340
D) mikroskopisch und makroskopisch verändert:	Fall 341 mit 427

krankhaft verändert abgelehnt werden, ich sie jedoch zu solchen zähle, so ließ ich mich durch folgende Tatsache leiten:

Der Kotstein begünstigt die Sekretstauung und die Anhäufung von virulentem Material; er verursacht eine „Verschwellung" und hindert die rechtzeitige Abschwellung, er schafft also höchst krankhafte Bereitschaft und ist ein höchst unangenehmer, ja gefährlicher Mitbewohner.

Wenn Wätzold bei seinen Untersuchungen an der Freiburger Klinik bei Anwesenheit von Kotsteinen besonders häufig die schwerste destruktive Form der Entzündung vorfand und weiterhin zu dem Ergebnis gelangte: „der Kotstein bildet sich nicht im gesunden, sondern im bereits kranken Wurmfortsatz", hierin sogar Aschoff auf seine Seite tritt, indem er sagt: „der Kotstein ist wohl die Folge, nicht die Ursache entzündlicher Veränderungen", so gibt wohl gerade die letzte Feststellung die Berechtigung, von einer pathologischen Appendix zu sprechen, wenn sich im Lumen echte Kotsteine vorfinden. Ebenso muß man Wurmfortsätze mit Oxyuren im Lumen zu den pathologischen rechnen; steht doch fest, daß gar oft, wenn der Processus vermiformis Darmparasiten beherbergt, klinische Erscheinungen auftreten, welche durchaus denen der akuten Appendicitis gleichen.

Den fraglichen Befunden habe ich beigezählt: Deformierungen, Verdickungen, kolbenförmige Auftreibungen, Verlagerungen, Knickungen der Appendix, weiter Defekte in der Mucosa und Bindegewebsverdichtungen der Submucosa, Prozesse, bei denen eine Entzündung stattgefunden haben kann, aber nicht stattgefunden haben muß.

Nehmen wir nun die sichergestellten Fälle in Rechnung, so kommen wir zu dem Resultat, daß 46 Prozent aller Frauen, die zur Operation kommen, bereits eine Wurmfortsatzaffektion hinter sich haben, daß von den Frauen, die in der Blüte des Lebens stehen, jede zweite fast einen appendicitischen Anfall durchgemacht hat. Diese Tatsache ist ausreichend genug, bei jeder Laparotomie den Wurmfortsatz zu exstirpieren, sofern keine Gegenindikation vorliegt.

Rechnet man nun aber zu diesen sicher kranken 46 Prozent auch noch die 18 Prozent fraglich kranken Appendices hinzu, so kommt man sogar auf 64 Prozent. Um so mehr besteht demnach die Berechtigung, bei gynäkologischen Operationen die Appendix mitzuentfernen.

Man kann also sagen:

46 Prozent aller operierten Frauen haben sicherlich schon einmal eine Appendicitis überstanden; vielleicht — wenn man nämlich die 18 Prozent fraglichen hinzurechnet — sogar 64 Prozent. Diese Tatsache rechtfertigt in jeder Weise die Forderung der Appendektomie gelegentlich einer gynäkologischen Operation.

Befunde an 427 pathol. Appendices

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	**Makroskopischer** Befund	**Mikroskopischer** Befund
1.	W. A. 33 J.	Tubargravidität	—	Lumen ausgefüllt mit Eiter und Entzündungszellen, auch in der Schleimhaut finden sich mehr Leukozyten, vor allem aber besteht eine beträchtliche perivasculäre entzdl. Infiltration, ferner eine subkutane Entzdg. des Mesenteriolum.
2.	E. M. 20 J.	Ovarialtumor	kleinfingerdick, erigiert, das Mesenter. sulzig infiltriert	ein kleiner Abszeß in der Wand, Eiter im Lumen, in den äußeren Schichten bes. der Serosa, chron. entzdl. Verdickungen.
3.	F. S. 59 J.	Prol. vag.	auf das Doppelte verdickt.	echter Eiter im Lumen, diffuse Entzündung in der Schleimhaut, jedoch nirgends auf die äußeren Wandschichten übergreifend.
4.	W. M. 28 J.	Retrofl. ut. fix.	an der Spitze inj., dickwandig.	Erweiterung des Lumens, Abflachung der Schleimhaut; starke entzdl. Infiltrationen dringen von der Schleimhaut aus an mehreren Stellen in die äußeren Wandschichten vor.
5.	Sch. 33 J.	Tubargravidität	—	in der Muscularis ein deutlicher Entzündungsherd, in der Submucosa reichlich Leukozyten. Schleimhaut frei.
6.	K. S. 43 J.	Retrofl. ut. mob.	—	Eiter im Lumen; wenig dagegen im Gewebe selbst; in der Schleimhaut zahlreiche Leukozyten und Plasmazellen.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
7.	P. U. 30 J.	Ovarialcyste	—	in ganzer Länge z. T. haemorrhagische, starke Entzündung der Serosa.
8.	W. M. 22 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	außerordentlich dick.	starke, frische entzdl. Infiltration der Muskulatur, auch in die Submucosa eindringend.
9.	P. S. 35 J.	Parovarialcyste	—	ein dicker Schleimbelag auf der Schleimhaut mit stellenweise reichlich Lymphozyten, Leukozyten und Plasmazellen; in der Schleimhaut selbst subepithelial ebenfalls stellenweise Leukozyteninfiltration.
10.	R. G. 21 J.	Retrofl. ut. f.	sehr lang, an der Spitze gerötet.	Serosa verdickt, mit reichlichen und weiten Blutgefäßen und kleinen lymphozytären Infiltraten versehen.
11.	S. V. 39 J.	Retrofl. ut. m. Desc. vag.	abnorm lang.	die Schleimhaut leukozytär und plasmazellulär infiltriert; Submucosa fibrös verdickt.
12.	B. C. 37 J.	Tubargravidität	Spitze nach hinten gelagert.	perivasculäre entzdl. Infiltrate an der Grenze von Muskulatur und Submucosa; vorwiegend von Lymphozyten, spärlicher von Leukozyten gebildet.
13.	W. L. 23 J.	Retrofl. ut.	etwas verdickt und dist. inj.	perivasculäre Infiltration der Gefäße der Muskulatur.
14.	O. S. 64 J.	Prolaps vag. Desv. ut.	am dist. Ende spindelig aufgetrieben.	in sämtlich. Wandschichten kleine Infiltrationen aus Leukozyten, Lymphozyten und Plasmazellen.
15.	K. A. 19 J.	Desc. vag. Retrofl. ut.	winklig abgeknickt.	es besteht ein leichter Reizzustand durch vermehrten Leukozytengehalt.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makrsokopischer Befund	Mikroskopischer Befund
16.	Sch. 22 J.	Retrofl. ut. Append. chron.	verdickt, Spitze scharf-winklig abgeknickt.	Verdichtung des Bindegewebsgerüstes; Vermehrung der Leukozyten, hauptsächlich in der Schleimhaut, in geringem Grade auch in der Muskulatur.
17.	G. M. 25 J.	Tubargravidität	kurz, deutlich inj.	leichte Zellinfiltrationen in der ganzen Wand.
18.	B. S. 42 J.	Salpingo-oophoritis	—	in der Muskulatur und der verdickten Serosa mehrfach entzdl. Infiltrate.
19.	U. E. 25 J.	Retrofl. ut. mob.	dick und stark inj.	allgemeine Verdickung d. Wand, mäßig Leukozyten = im Abklingen begriffener Reizzustand.
20.	K. D. 39 J.	Retroversio uteri	—	in der Serosa und dem subserösen Gewebe bis in die äußere Muskelschicht hineinreichend kleinzellige entzdl. Infiltration.
21.	N. B. 35 J.	Ovarialcyste	—	geringfügige zellige Infiltrate der Serosa und Muscularis.
22.	H. P. 42 J.	Uterus myomatosus	—	in der Submucosa und Muscularis dichte Zellherde und derb bindegewebig.
23.	B. R. 26 J.	Pyosalpinx	Gefäßhyperämie.	perivasculäre Rundzellenherde in der Musculatur und Serosa.
24.	S. M. 30 J.	Salpingitis	—	in der Serosa stellenweise leichte Zellinfiltrate.
25.	H. K. 25 J.	Tubargravidität	—	älterer narbiger Herd in der Subserosa in mittlerer Höhe, eingeschlossen in denselben ein spaltförmiger Raum mit Lymphozyten.
26.	M. H. 33 J.	Ovarialcyste	stark verdickt.	in Serosa reichlich Lymphozyten-Infiltrate.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operationsindikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund.
27.	A. N. 25 J.	Ovarialcyste	voluminös und steif.	an der Ansatzstelle des Mesenter. ein kleines, z. T. perivasculäres Infiltrat; mehrere Lymphgefäße der Serosa sind erweitert.
28.	L. F. 30 J.	Uterusmyom	—	in der Serosa stellenweise leichte Zellvermehrung.
29.	D. K. 24 J.	Adhäsionen —	—	d. Serosa verdickt, leichte Zellinfiltrate um einige Gefäße.
30.	P. I. 34 J.	Retrofl. ut. f.	—	Oedem in der Serosa und kleine Lymphozytenherde daselbst.
31.	V. A. 38 J.	Haematosalpinx	—	leichte Leukozytenherde im Peritonealüberzug.
32.	D. A. 24 J.	Adnexitis	—	Serosa reich an Blutgefäßen und um einzelne derselben leicht entzündliche Infiltration.
33.	R. S. 24 J.	Retrofl. ut. f. Salpingitis	—	im Serosaüberzug perivasculäre Infiltrate.
34.	S. V. 30 J.	Ovarialtumor	—	das prox. Ende stark aufgetrieben durch einen geschichteten Kotstein; an einer Stelle der Serosa ziemlich frische Entzündung.
35.	Sch. 34 J.	Uterus myomatosus	—	in der Submucosa Leukozyten; die Gefäße des Peritonealüberzuges stark blutgefüllt, in ihrer Umgebung an verschiedenen Stellen chron. entzdl. Infiltrate.
36.	W. H. 26 J.	Pyosalpinx	—	der Wurmfortsatz zeigt hyperämische, subseröse Gefäße, Verdickung des subserösen Bindegewebes und chron. entzdl. Infiltrate.
37.	W. H. 16 J.	Ovarialtumor	—	sehr gefäßreiche, entzdl. Verdickungen der Serosa, meist in Form von kleinen Polstern

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	**Makroskopischer** Befund	**Mikroskopischer** Befund
38.	P. R. 26 J.	Sterilität	—	i. d. Serosa einzelne etwas zellenreiche Herde, welche nicht einem Lymphzytenexport entsprechen.
39.	H. B. 22 J.	Retroversio uteri	—	Serosa- und Muskelschicht mit zahlreichen perivasculären Entzündungsherden, erst geringe Bindegewebsneubildung.
40.	W. S. 36 J.	Retrofl. ut. m. Desc. ut. et. vag.	inj. verdickt, imcranialen Drittel abgeknickt.	rings um einzelne Gefäße leichte Zellinfiltrate.
41.	R. H. 23 J.	Retrofl. ut. m.	—	in der Serosa und der Muscularis zahlreiche perivasculäre Entzündungsherde mit geringer Bindegewebsneubildung.
42.	K. A. 47 J.	Desc. ut. et. vag.	—	vermehrter Leukozytengehalt als Zeichen eines ganz frischen geringen Reizzustandes.
43.	L. K. 29 J.	Retrofl. ut.	—	geringe Zellinfiltrate in der Serosa.
44.	Ö. M. 34 J.	Ovarialtumor	posthornförmig gekrümmt.	alte entzdl. Verdickung des Peritonealüberzuges.
45.	K. S. 37 J.	Ovarialcyste	sehr lang, dick.	in den äußeren Wandschichten entzdl. Zellinfiltrate.
46.	H. H. 50 J.	Ovarialtumor	in der Mitte scharf abgeknickt.	in der Serosa chron. Entzündung mit reichlich Gefäßen und Zellvermehrung im Gewebe.
47.	Sch. 35 J.	Retrofl. ut. f.	—	Serosagefäße stark hyperämisch im Umkreis stellenweise Zellinfiltrate.
48.	W. L. 25 J.	Ovarialcyste	lang, kräftig.	im Lumen ein Kotstein; Serosa und Subserosa zeigen leichte Infiltrate, teilweise schon Bindegewebsneubildung.
49.	G. B. 25 J.	Retrofl. ut.	ungewöhnl. kräftig.	Serosa zeigt kleine zellige Infiltrate und entzündl. Verdickung.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
50.	Mk. K. 40 J.	Pelveoperitonitis	—	überall das Lumen stark verengt, Schleimhaut z. T. verstrichen, Submucosa breit und bindegewebig mit Gefäßneubildung und geringer Rundzellenfiltrate, also granulierende Entzündung; geringe Infiltrate auch in der Serosa.
51.	L. D. 21 J.	Pelveoperitonitis	retrocoecal.	entzdl. Infiltrate der Serosa.
52.	Sch. 21 J.	Ovarialcyste	dicker als gewöhnl. und stark inj.	in der Serosa reichlich Blutgefäße, perivasculär leichte entzdl. Herde.
53.	H. L. 23 J.	Retrofl. ut. m.	nach hinten gelegen.	zellige Infiltrate der Serosa und der Muskulatur.
54.	P. S. 43 J.	Prol. vag.	—	chron. proliferierende Entzündung des Peritonealüberzuges infolge reichlicher Rundzelleninfiltrationen.
55.	Sch. 27 J.	Parovarialcyste	—	eosinophile, leukozytäre Infiltrate in der Wand und in der Schleimhaut.
56.	St. L. 31 J.	Ovarialcyste	—	in der Wand herdweise kleine entzdl. Infiltrate.
57.	S. B. 38 J.	Retrofl. ut.	—	am dist. Ende Submucosa und Muscularis fibrös verdickt und von geringen leukozytären Infiltrationen durchsetzt.
58.	B. M. 46 J.	Retrofl. ut. m.	—	im dist. Teil das Lumen verengt, die Buchten der Schleimhautbuchten verstrichen.
59.	A. W. 42 J.	Retroversio uteri	—	starke Stenose des Lumens, die fast zur Obliteration führt.
60.	W. S. 24 J.	Uterusmyom	—	Stenose des Lumens, bindegewebsreiche, derbe Schleimhaut und Submucosa, die Follikel atrophiert.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	**Makroskopischer** Befund	**Mikroskopischer** Befund
61.	A. M. 35 J.	Salpingitis	—	Stenose im oberen Teil; an dieser Stelle Verdikkung der Mucosa und Submucosa durch narbiges Bindegewebe, Drüsen regeneriert, lymph. Gewebe fehlt.
62.	Sch. 31 J.	Tubargravidität	—	chron. Appendicitis; im dist. Teil mit narbiger Umwandlung d. Schleimhaut und starker Verengerung des Lumens, im prox. Teil Submucosa derb bindegewebig.
63.	R. S. 33 J.	Totalprolaps	—	im dist. Teil eine Narbe in der Schleimhaut.
64.	H. A. 21 J.	Adhäsionen	—	Stenose im oberen Teil; Submucosa verbreitert, teils locker, teils hyalinschwielig.
65.	W. O. 27 J.	Retrofl. ut.	lang, sehr dünn, spitzwinklig geknickt.	im unteren Abschnitt entzdl. oblit. auch höher oben, wo das Lumen offen ist, ist die Schleimhaut narbig umgewand.
66.	Ü. H. 41 J.	Sterilität	—	dist. vollständig oblit. prox. die Wand verdickt und zellig infiltriert.
67.	B. N. 39 J.	Retrofl. ut. m.	—	Obliteration i. dist. Teil; prox. die Schleimhaut auffallend arm an Drüsen und der Querschnitt des Lumens kreisrund.
68.	K. T. 37 J.	Tubargravidität	retrocoecal.	das Lumen durch Bindegewebe und Fettgewebe vollkommen oblit.
69.	R. A. 41 J.	Uterus myomatosus	—	an der Spitze alte entzdl. obliteration.
70.	K. T. 28 J.	Ovarialcyste	—	in ganzer Länge entzdl. obliteriert.
71.	Z. S. 17 J.	Retrofl. ut.	—	im dist. Teil entzdl. obl.
72.	H. K. 42 J.	Retrofl. ut. f.	—	alte, fibroplastische, das Lumen oblit. Appendicitis.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
73.	M. D. 35 J.	Tubargravidität	—	in ganzer Länge oblit.
74.	L. K. 33 J.	Retrofl. ut. f. Ovarialcyste	—	in ganzer Länge oblit.
75.	R. A. 38 J.	Desc. vag.	—	im unteren Abschnitt entzdl. oblit.
76.	B. M. 37 J.	Desc. vag.	—	am peripheren Ende vollst. oblit. weiter nach oben das Lumen stark verengt durch reichlich. narbiges Bindegewebe an Stelle der Schleimhaut.
77.	L. M. 35 J.	Ovarialtumor	—	Spitze total oblit.; in der Serosa liegt schwarzbraunes Pigment.
78.	Sch. A. 32 J.	Retrovers. ut. Desc. vag.	—	in ganzer Länge oblit.
79.	M. 29 J.	Prol. vag. et. ut.	außerordentl. lang. retrocoecal.	in ganzer Länge oblit.
80.	R. B. 41 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	—	Spitze entzdl. oblit., proximal eine alte Narbe in der Muskul.
81.	K. O. 38 J.	Retrofl. ut.	—	am dist. Ende oblit.
82.	Sch. 30 J.	Totalprolaps	—	im dist. Teil völlige Obliteration.
83.	P. M. 38 J.	Retrofl. ut. f.	—	am dist. Ende oblit.
84.	S. F. 38 J.	Retropositio ut. Desc. vag.	—	in ganzer Länge oblit.
85.	F. R. 30 J.	Retrofl. ut. m.	im prox. Drittel abgeknickt.	am peripheren Ende alte entzdl. Obliteration.
86.	H. N. 31 J.	Retrofl. ut. m.	—	dist. Ende oblit.
87.	N. S. 34 J.	Tubargravidität	sehr zierlich.	in ganzer Länge oblit.
88.	R. A. 26 J.	Retrofl. ut.	klein, zart.	in ganzer Länge oblit., reichlich Fettgewebe in der Submucosa.
89.	F. M. 42 J.	Retrofl. ut. m. Append. chron.	—	am Ende entzdl. oblit.
90.	G. K. 36 J.	Retroversio uteri	—	teilweise Obliteration durch derbes Bindegewebe und Fettgewebe.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Mikroskopischer Befund	Makroskopischer Befund
91.	W. A. 40 J.	Retrofl. ut. f.	—	am dist. Ende oblit.
92.	L. M. 41 J.	Uterusmyom	—	in der Spitze auf eine kurze Strecke eine Obliteration.
93.	Sch. 27 J.	Retrofl. ut. f.	—	in der Spitze oblit.
94.	B. L. 20 J.	Retrofl. ut. f.	ragt nach unten ins kleine Becken.	dist. Ende in 1 cm Länge entzdl. oblit.
95.	K. M. 48 J.	Prol. vag.	—	totale Obliteration des Lumens, nur noch einige kl. Lymphfollikel vorhanden.
96.	C. D. 43 J.	Uterus myomatosus	lang und dick	total oblit.
97.	R. A. 50 J.	Desc. vag.	—	Obliteration in fast ganzer Länge.
98.	W. S. 29 J.	Hydrosalpinx	—	entzdl. oblit.
99.	E. S. 34 J.	Retrofl. ut. m.	—	die Schleimhaut des unteren Abschnittes bindegewebig umgewandelt u. das Lumen verengt; höher oben bindegewebige Verdichtung der Submucosa.
100.	S. M. 37 J.	Retrofl. ut. m.	—	total oblit.
101.	W. F. 34 J.	Retrofl. ut.	kurz, sehr dünn.	in ganzer Ausdehn. oblit.
102.	B. E. 29 J.	Adnexitis	—	untere Hälfte entzdl. obl.
103.	Sch. 44 J.	Uterus myomatosus	—	total oblit.
104.	K. B. 25 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	—	totale Obliteration.
105.	H. F. 35 J.	Retrofl. ut.	sehr dick.	unten oblit., oben Lumen offen.
106.	V. M. 28 J.	Salpingitis	—	an der Spitze entzdl. obl.
107.	B. L. 22 J.	Retrofl. ut.	—	totale Obliteration.
108.	K. H. 33 J.	Retrofl. ut.	—	entzdl, oblit.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	**Makroskopischer** Befund	**Mikroskopischer** Befund
109.	T. M. 34 J.	Sterilität	totale Obliteration.	totale Obliteration.
110.	B. A. 31 J.	Uterusmyom	—	im unteren Teil oblit.
111.	F. E. 44 J.	Ovarialtumor	kurz, dick.	in ganzer Ausdehn. oblit.
112.	W. E. 37 J.	Retropositio uteri	—	narbige Obliteration im unteren Teil; höher ob. narbige Verdichtung der Submucosa.
113.	L. Z. 52 J.	Parovarialcyste	liegt tief im Douglas u. dort verschlängelt.	am Ende entzdl. oblit.; in der Schleimhaut eine Narbe.
114.	H. N. 27 J.	Ca ovarii	—	entzdl. oblit.
115.	A. W. 30 J.	Adnextumor	—	Spitze oblit.
116.	K. M. 41 J.	Ovarialcystom	—	im dist. Abschnitt auf ½ cm Länge oblit.
117.	H. B. 32 J.	Retrofl. ut. m.	—	distal durch entzündliches Narbengewebe völlig oblit. auf 3 cm Länge, mit reichlich Eisenpigmenteinlagerungen.
118.	R. A. 32 J.	Desc. vag.	—	dist. Ende durch entzdl. Narbengewebe oblit.
119.	W. S. 41 J.	Retrovers. ut. Append. chron.	klein, retrocoecal, mehrfach abgekn.	total oblit.
120.	B. L. 35 J.	Retrofl. ut. m. Append. chron.	völlig atrophisch.	totale Obliteration.
121.	P. R. 30 J.	Retrovers. ut.	—	im unteren Feld entzdl. oblit. im oberen offen und ohne Narben.
122.	J. A. 57 J.	Desc. vag.	—	in ganzer Länge oblit.
123.	St. A. 34 J.	Ovarialcyste	—	unten oblit., oben offen.
124.	P. R. 42 J.	Prol. ut. et. vag.	nach hinten geschlagen und in der Mitte abgeknickt.	fast in ganzer Länge, m. Ausnahme des Endteiles, oblit.
125.	K. B. 34 J.	Retrofl. ut. m. Desc. ut. et. vag.	in den dist. zwei Drittel völlig atrophisch.	in ganzer Länge oblit.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
126.	S. M. 35 J.	Desc. ut. et. vag.	verdickt.	vollständige Obliteration.
127.	M. B. 25 J.	Retrofl. ut. m.	—	an der Spitze das Lumen fast vollst. oblit. In den höheren Teilen jüngeres Granulat. Gewebe.
128.	P. R. 50 J.	Desc. ut. et. vag.	inj. nach hinten oben geschlagen.	unterer Teil total oblit., die Muskulatur in ihren inneren Schichten durch Narbengewebe aufgesplittert.
129.	P. O. 33 J.	Desc. vag.	—	in ganzer Länge total oblit.
130.	M. B. 50 J.	Ovarialcystom	sehr lang, winklig geknickt.	am peripheren Ende ganz, höher oben fast ganz oblit.
131.	E. S. 27 J.	Retrofl. ut. m.	—	totale Obliteration.
132.	M. B. 23 J.	Uterusmyom	—	a. peripheren Ende ganz, höher oben fast ganz oblit.
133.	Sch. 46 J.	Retrovers. ut.	—	Schleimhaut obliteriert; die Schleimhaut ersetzt durch narbiges Bindegewebe.
134.	H. S. 45 J.	Retrofl. ut.	sehr dick, an der Spitze an einer Stelle eingeschnürt.	Lumen entzdl. oblit.; in der Muscularis breite Lücken, durch welche submucöses Fettgewebe mit dem des Mesent. in Zusammenhang steht.
135.	K. G. 44 J.	Ovarialtumor	—	im Endteil total oblit.
136.	W. A. 38 J.	Retrofl. ut. m. Append. chron.	völlig atrophisch.	im unteren Abschnitt total oblit. im oberen das Lumen offen.
137.	L. K. 48 J.	Parovarialcyste	kurz, dünn.	total oblit.
138.	U. E. 34 J.	Retrofl. ut.	im zentralen Drittel abgeknickt.	im unteren Drittel total oblit.
139.	B. F. 25 J.	Ovarialcyste	—	tot. oblit; reichlich Fettgewebe in d. Submucosa.
140.	U. L. 52 J.	Desc. ut. et. vag.	—	an der Spitze oblit.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	**Makroskopischer** Befund	**Mikroskopischer** Befund
141.	S. O. 28 J.	Retrofl. ut. m. Append. chron.	—	Lumen total oblit.
142.	F. R. 25 J.	Uterusmyom	lang, gegen die Spitze zu dünn werdend.	dist. Abschnitt vollst. obl.
143.	F. E. 27 J.	Retrofl. ut. f.	—	die Spitze auf gut 1 cm oblit durch Narbengew.
144.	K. P. 38 J.	Retrofl. ut. m.	—	im Spitzenabschnitt Obliterattion durch entzdl. Narbengewebe.
145.	M. T. 29 J.	Retrofl. ut. m.	—	an der Spitze oblit.
146.	H. M. 26 J.	Retrofl. ut. m.	—	totale Obliteration.
147.	F. R. 40 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	retrocoecal.	total oblit.
148.	K. L. 35 J.	Retrofl. ut. f.	—	an der Spitze oblit.
149.	B. S. 44 J.	Pelveoperitonitis	lang, verwachsen, völlig atrophisch.	totale Obliteration.
150.	R. M. 52 J.	Uterusmyom Hydrosalpinx	nach hinten geschlagen, abgeknickt.	totale Obliteration mit reichlich Fettgewebsentwicklung im submucösen Gewebe.
151.	B. V. 32 J.	Parovarialcyste	kurz, dick, in der Mitte geknickt	in ganzer Länge oblit.
152.	F. W. 41 J.	Retroversio uteri	—	total oblit.
153.	M. A. 43 J.	Ovarialcystom	in der Mitte scharf abgeknickt	dist. Teil in 1 cm Länge oblit.
154.	S. B. 37 J.	Ovarialtumor	—	Lumen vollst. oblit.
155.	K. S. 30 J.	Retrofl. ut. m.	—	im unteren Teil entzdl. oblit, im oberen das Lumen offen.
156.	B. A. 41 J.	Retrovers. ut. Desc. ut.	atrophisch, in der Mitte geknickt.	totale Obliteration.
157.	V. L. 27 J.	Retrofl. ut. f.	—	total oblit.
158.	Sch. 22 J.	Tubargravidität	—	an der Spitze total oblit.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
159.	F. E. 35 J.	Tubargravidität	kurz, im mittleren Drittel abgeknickt, an der Stelle atrophisch.	von der Mitte ab nach unten das Lumen vollst. oblit., in diesem Bindegewebe finden sich Schwärme von Lymphozyten.
160.	S. T. 39 J.	Desc. vag.	—	die circuläre Muskelschicht durch Narbenbildung in einzelne Bündel aufgesplittert.
161.	N. K. 20 J.	Pelveoperitonitis chron.	—	die innere Lage der Musculatur ist aufgesplittert, Submucosa breit, bindegewebig, in der Schleimhaut fehlen die Buchten.
162.	Sch. 30 J.	Retrofl. ut.	—	Schleimhautdivertikel m. herniöser Ausstülpung, daneben zahlreiche Narben in der Muskulatur u. verdickte Serosa.
163.	B. A. 36 J.	Retrofl. ut. Append. chron.	—	in der Muskulatur eine Narbe, in Adventitia reichlich Gefäße und Zellwucherung.
164.	H. M. 28 J.	Adnextumor Append. chron.	retrocoeceal, in der Mitte geknickt.	in der inneren Muskelschicht Unterbrechungen durch Bindegewebe.
165.	E. B. 22 J.	Retrofl. ut. m.	—	die Muskulatur durch Narben stark aufgesplittert, die angrenzende Submucosa derb bindegewebig.
166.	B. G. 40 J.	Retrofl. ut. Append. chron.	—	einzelne bindegewebige Narben in der Muskulatur; hier auch leichte zellige Infiltration.
167.	T. S. 36 J.	Retrofl. ut.	—	auffallend derbes Bindegewebe an Stelle der Submucosa, ungleichmäßig tief in die Muskulatur eindringend.
168.	K. N. 18 J.	Retrofl. ut.	—	an einer Stelle im Muskelgewebe eine teilweise verkalkte Schwiele.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
169.	P. M. 49 J.	Desc. vag.	—	in den inneren Schichten der Muskulatur ist eine Aufblätterung der Bündel durch Bindegewebe vorhanden; das Lumen überall offen.
170.	F. A. 34 J.	Retrofl. ut.	—	im dist. Ende eine starke, derbe Bindegewebsbildung in der Submucosa, mit Uebergreifen auf die Muskulatur.
171.	L. K. 36 J.	Retrofl. ut. m.	—	im dist. Abschnitt eine derbe Narbe in der Muskulatur.
172.	W. S. 40 J.	Desc. vag. Retrofl. ut. m.	—	Submucosa in allen Teilen, bes. im dist. Stück, verbreitert und vernarbt; teilweise Uebergreifen in die Muskulatur.
173.	K. B. 39 J.	Retrofl. ut.	—	unspezifische chron. Entzündung der Appendixmuskulatur.
174.	M. E. 33 J.	Tubargravidität	—	im mittleren Teil narbige Veränderung der Submucosa mit Aufsplitterung der Muskulatur.
175.	K. S. 30 J.	Retrofl. ut.	—	Submucosa derb bindegewebig und die inneren Schichten der Muskulatur in großer Ausdehnung aufsplitternd.
176.	F. L. 26 J.	Ovarialcyste	ziemlich massig.	mit zahlreichen Kotsteinen angefüllt.
177.	M. G. 34 J.	Ovarialtumor	—	der mittlere Teil aufgetriebn durch einen Kotstein.
178.	M. A. 36 J.	Desc. ut. et. vag.	—	an einer Stelle ein großer, trockener, konzentrisch geschichteter Kotstein.
179.	H. O. 29 J.	Retrofl. ut.	sehr kräftig.	im unteren Teil ein Kotstein, im subserösen Gewebe ein Lymphknötchen.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
180.	R. U. 27 J.	Uterusmyom	—	mehrere kleine Kotsteine, dementsprechend das Lumen erweitert und die Schleimhaut stark abgeplattet.
181.	S. E. 26 J.	Hydrosalpinx	sehr lang, mächtig.	an der Spitze mehrere Kotsteine.
182.	K. I. 39 J.	Myoma uteri	lang, völlig nach hinten geschlagen.	Kotstein an der Spitze, in der Wand Eosinophile
183.	V. A. 22 J.	Perisalpingitis	—	Kotstein am dist. Ende das Lumen ganz ausfüllend; in der Muskulatur mit Lymphozyten gefüllte Lymphgefäße und Lymphknötchen.
184.	S. M. 24 J.	Ovarialtumor	—	im unteren Teil ein Kotstein, im oberen Teil entzdl. Verdickung der Serosa.
185.	K. I. 37 J.	Retroversio uteri	—	im unteren Ende ein Kotstein.
186.	Sch. 44 J.	Ovarialtumor	nach oben hochgeschlagen.	im unteren Teil ein trokkener Kotstein, über ihm die Wand sehr verdünnt u. fast frei von Schleimhaut.
187.	K. A. 50 J.	Retrofl. ut. Append. chron.	—	ein kleiner Kotstein im Lumen.
188.	K. O. 18 J.	Retrofl. ut. Append. chron.	im prox. Drittel winklig geknickt.	im Lumen mehrere Kotsteine.
189.	W. E. 43 J.	Prol. vag. Desc. ut.	Serosagefäße stärker inj.	im Lumen mehrere Oxyuren; in der Wand reichlich Eosinophile.
190.	N. B. 33 J.	Retrofl. ut. m.	kurz, dünn.	im Lumen 2 Oxyuren.
191.	L. S. 56 J.	Prol. vag. Desc. ut.	—	im Lumen mehrere Oxyuren; in der Schleimhaut reichlich Eosinophile.
192.	D. H. 26 J.	Retrofl. ut. m. Append. chron.	ziemlich dünn und kurz.	im Lumen 2 Oxyuren; die Schleimhaut zeigt neben frischen Blutungen stellenweise Haemosiderinablagerungen.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
193.	Z. G. 35 J.	distal aufgetrieben.	Ovarialcyste	im Lumen einzelne Oxyuren; Zellinfiltrate der Muscularis greifen etwas weit auf die Submucosa über und enthalten viele Eosinophile.
194.	K. L. 49 J.	Prol. vag. Desc. ut.	—	im Lumen zahlreiche Oxyuren; in der Schleimhaut viel Eosinophile.
195.	H. A. 44 J.	Retrofl. ut. m.	—	im Lumen sehr viel Kot mit Oxyuren; Oxyurengänge sind nicht feststellbar.
196.	K. S. 28 J.	Pelveoperitonitis chron.	—	im Lumen Oxyuren und 2 kleine Kotsteine.
197.	R. A. 37 J.	Tubargravidität	—	viel Oxyuren, d. Schleimhaut abgeplattet.
198.	L. H. 40 J.	Ovarialtumor	—	mehrere Oxyuren; die Schleimhaut enthält viel Eosinophile.
199.	K. L. 36 J.	Retrofl. ut. f. Append. chron.	—	Trichocophalen im Lumen; Schleimhaut an 2 Stellen eingebuchtet und diese Gänge mit Epithel ausgekleidet.
200.	R. T. 31 J.	Retrofl. ut.	stark verdickt.	im unteren Teil ein Oxyuris; Bohrgänge sind nicht vorhanden.
201.	Ö. A. 22 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	—	im Lumen ein Oxyuris.
202.	M. A. 44 J.	Pelveoperitonitis	in der Mitte geknickt auf der Rückfläche fest verwachsen.	—
203.	L. Z. 25 J.	Desc. vag. Append. chron.	Appendix stellt einen ganz kurzen Stummel von 1 cm Länge dar; von der Spitze ab zieht adhärent ein Gewebsstreifen, aus reinem Bindegewebe.	—
204.	I. F. 40 J.	Salpingitis	in ganzer Ausdehnung adhärent.	—
205.	G. K. 37 J.	Uterusmyom	flächenhaft auf der Unterlage verlötet.	in der Schleimhaut reichlich lymphatisches Gewebe.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
206.	Sch. 30 J.	Retrofl. ut.	zwischen ersten und zweiten dist. Drittel abgeknickt u. breit fixiert; die Spitze aufgetrieben.	—
207.	P. G. 18 J.	Ovarialtumor	sehr lang, bes. am dist. Ende verdickt u. kolbig aufgetrieben, wnklig abgeknickt, nach hinten geschlagen und hier adhärent.	in der Schleimhaut stellenweise gehäufte Eosinophile.
208.	M. A. 33 J.	Parovarialcyste	allseitig in Adhäsionen eingebettet und fest fixiert, nach unten geschlagen, verdickt und verkürzt.	—
209.	S. A. 21 J.	Adnextumor Append. chron.	lang, zeigt starke Gefäßzeichnung, in Adhäsionen eingebettet.	—
210.	K. J. 25 J.	Tubargravidität	stark ans Coecum fixiert.	—
211.	St. T. 28 J.	Retroflexio uteri	mäßig lang, starke Gefäßzeichng., nach unten und hinten geschlagen, prox. Teil durch Adhäsion fest mit dem Coecum verwachsen.	zellige Häufchen in der Submucosa sind Lymphgefäße mit Lymphozyten.
212.	S. R. 31 J.	Ovarialtumor	die ganze Fläche breit adhärent.	—
213.	D. E. 28 J.	Ovarialcystom	die Spitze mit der rechten vord. Douglaswand verwachsen.	—
214.	B. G. 50 J.	Desc. ut. et. vag.	im mittleren Abschn. geknickt und durch Serosaspangen fixiert	—
215.	S. T. 41 J.	Retrofl. ut. Append. chron.	gegen den Douglas zu fixiert.	—
216.	H. O. 44 J.	Parovarialcyste	hängt nach unten ins kleine Becken, in der Mitte hackig abgebogen, im ganzen Verlauf fest fixiert.	Submucosa verdickt durch zahlreiche Fettläppchen.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Befund Makroskopischer	Befund Mikroskopischer
217.	B. Z. 33 J.	Retrofl. ut. Append. chron.	in der Mitte geknickt und an dieser Stelle durch ein darüberziehendes Gefäß eingeschnürt.	die Schleimhaut zwischen den Follikeln ist recht zellarm (jedoch keine Narben).
218.	M. L. 24 J.	Retrofl. ut. mob.	rückwärts breit verwachsen.	—
219.	K. S. 50 J.	Uterusmyom	kurz, im med. Drittel abgeknickt und fixiert.	—
220.	H. D. 45 J.	Ovarialcystom	im basalen Teil in Adhäsionen eingehüllt.	—
221.	B. H. 32 J.	Tubarabort	abgeknickt und im prox. Drittel in derbe fibrinöse Verwachsungen eingehüllt.	—
222.	St. U. 37 J.	Retrofl. ut. Append. chron.	sehr lang, winklig geknickt, nach hinten liegend, m. dem Coecum innig verklebt.	in der Mucosa reichlich Eosinophile.
223.	H. Z. 33 J.	Retrofl. ut. Append. chron.	in ganzer Ausdehnung flächenhaft auf der Unterlage durch Verwachsungen fixiert.	viel lymphatisches Gewebe in der Schleimhaut.
224.	M. S. 27 J.	Tubargravidität	inj., dem lig. infundibulum pelvis direkt anliegend und verwachsen.	in Mucosa reichlich Eosinophile.
225.	H. L. 35 J.	Retrofl. ut.	allseitig in Adhäsionen eingebettet und fixiert, nach unten u. hinten gelagert, das Mesenteriolum hochgradig verdickt.	—
226.	A. T. 40 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	an der Basis adhärent.	Kräftig entwickeltes lymphatisches Gewebe.
227.	Sch. 37 J.	Ovarialcystom Append. chron.	sehr dick, im ganzen Verlauf adhärent.	—
228.	Sch. Z. 33 J.	Retrofl. ut.	breit verwachsen, bes. im dist. Teil u. in der Tiefe fixiert.	—

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
229.	R. F. 32 J.	Hydrosalpinx	dick, flächenhaft mit dem Coecum verwachsen.	—
230.	H. K. 25 J.	Myoma uteri	in toto geschwollen, inj., an der Spitze zarte, an der Basis breite Adhäsionen.	die Struktur der Schleimhaut völlig verwischt.
231.	E. J. 19 J.	Ovarialtumor	rückwärts völlig verwachsen.	—
232.	D. K. 33 J.	Retrofl. ut. fix.	in toto nach hinten geschlagen, abgekn. und fixiert.	die Submucosa ist breit und fibrös.
233.	A. S. 35 J.	Salpingitis	verdickt, die Spitze fixiert.	—
234.	M. R. 36 J.	Retrofl. ut. Append. chron.	sehr lang, mit dem Coecum verwachsen.	im Lumen viel Kot, dadurch Schleimhaut abgeplattet.
235.	P. L. 32 J.	Retrofl. ut. mob.	"	reichlich lymphatisches Gewebe in der Schleimhaut.
236.	E. H. 30 J.	Retrofl. ut. mob.	mit der Umgebung verwachsen.	—
237.	D. E. 37 J.	Ovarialcystom	mit der Umgebung verwachsen.	—
238.	F. D. 31 J.	Retrofl. ut. mob. Prol. vag.	an der Spitze tief im kleinen Becken adhärent, selbst vollkommen in Adhäsionen eingehüllt u. mit der Unterlage verbacken.	—
239.	L. A. 26 J.	Tubargravidität	vergrößert, verdickt, durch zarte, anscheinend alte Adhäsionen mit der Unterlage verwachsen.	—
240.	W. L. 21 J.	Retrofl. ut. mob.	untere Hälfte am Coecum adhärent.	—
241.	F. A. 51 J.	Uterus myomatosus	mit dem Darm verbacken.	—
242.	F. E. 26 J.	Ovarialcyste Retrofl. ut.	dist. Drittel am Darm adhärent.	große Follikel mit großen Keimzentren in der Schleimhaut.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
243.	Sch. U. 50 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	sehr lang, im unteren Drittel am Coecum adhärent.	—
244.	M. K. 32 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	die dist. Hälfte fest verwachsen.	—
245.	N. K. 42 J.	Retrofl. ut. Append. chron.	in ganzer Länge adhärent.	kräftiges lymphatisches Gewebe der Schleimhaut, in den Lymphgefäßen reichlich Lymphozyten.
246.	B. E. 29 J.	Retroversio uteri	unteres Drittel am Coecum adhärent.	—
247.	H. I. 36 J.	Ovarialtumor	reicht bis ans lig. infund. pelvis heran und ist damit verklebt.	—
248.	G. W. 30 J.	Hydrosalpinx	im prox. Teil adhärent.	—
249.	H. Z. 28 J.	Totalprolaps	die Spitze tief unten im Becken adhärent.	—
250.	N. H. 33 J.	Tubargravidität	breit mit der Unterfläche verklebt.	—
251.	K. A. 24 J.	Desc. vag. Append. chron.	in der ganzen Circumferenz adhärent.	Submucosa fettreich.
252.	O. R. 35 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	in der Mitte abgeknickt und mit der Umgeb. verwachsen.	—
253.	D. G. 32 J.	Ovarialtumor	das untere Drittel am Coecum abhärent.	—
254.	Sch. 20 J.	Myoma uteri	mit dem Coecum verwachsen.	Schleimhaut dicht und reich an lymphozytären Gewebe, in den äußeren Schichten der Wand viel Lymphgefäße mit Lymphozyten gefüllt.
255.	H. E. 24 J.	Ovarialcyste	auffallend lang, hochgeschlagen und mit dem Coecum verwachsen.	—
256.	S. B. 30 J.	Hydrosalpinx Retroversio uteri	lang, retrocoecal, hochgeschlagen und am Coecum fixiert.	—
257.	E. T. 31 J.	Retrofl. ut. fix.	sehr lang, dünn, das prox. Ende mit dem Coecum verwachsen.	—

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
258.	L. O. 50 J.	Uterus myomatosus	klein, hinter dem Colon gelegen und dort fixiert.	—
259.	Sch. G. 25 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	Spitze kolbig aufgetrieben und rückwärts verklebt.	—
260.	E. H. 25 J.	Ovarialtumor	im prox. Teil in alte Adhäsionen eingebettet.	—
261.	B. S. 21 J.	Adnextumor	mit strangförmiger Adhäsion gegen die Umgeb. verwachsen.	die Keimzentren der Schleimhaut außerordentlich groß.
262.	W. B. 53 J.	Adnexitis	sehr lang, im prox. Teil Adhäsionen.	—
263.	M. J. 18 J.	Prolaps vag.	lang, dünn, schmächtig, prox. Drittel verwachsen.	enges Lumen.
264.	R. K. 41 J.	Desc. ut. et. vag.	ungewöhnlich lang, hängt ins kleine Becken, verläuft im prox. Drittel subserös an der Hinterwand des Coecum in schleierartige Adhäsionen gehüllt.	—
265.	W. E. 23 J.	Retrofl. ut. mob.	lang, fest verwachsen.	—
266.	D. A. 25 J.	Ovarialtumor	tief im kleinen Becken, in ganzer Ausdehnung mit rückwärtiger Bauchwand verwachsen.	zellreiches Fettgewebe in der Submucosa.
267.	Sch. 25 J.	Retroversio uteri	nach oben geschlagen und zu zwei Drittel adhärent.	—
268.	P. S. 26 J.	Retroflexio uteri	nach hinten oben geschlagen, im dist. Teil fest adhärent.	in der Schleimhaut stellenweise gehäufte Eosinophile.
269.	B. D. 45 J.	Retrofl. ut. mob.	kurz, an der Basis dem Coecum fest aufsitzend.	sehr reichlich lymphatisches Gewebe.
270.	M. R. 30 J.	Nabelbruch Append. chron.	hochgeschlagen, mit dem Coecum verwachsen.	—

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	**Makroskopischer** Befund	**Mikroskopischer** Befund
271.	U. G. 38 J.	Parovarialcyste	am Coecum fest fixiert.	—
272.	M. K. 42 J.	Desc. ut. et. vag.	prox. Hälfte an der Coecalwand fest fixiert.	viel Fettgewebe in der Submucosa entsprechend dem Fettreichtum des Mesenteriolums.
273.	Sch. 16 J.	Retrofl. ut. fix.	ungewöhnlich lang, injiz., an der Spitze adhärent.	—
274.	G. L. 42 J.	Retrofl. ut. mob.	retrocoecal, in ganzer Ausdehnung hinten verwachsen.	sehr reichlich lymphatisches Gewebe in der Schleimhaut.
275.	M. B. 30 J.	Descens. vag. Append. chron.	nach hinten abgeknickt, im ganzen Verlauf in Adhäsionen eingebettet.	Lumen durch frischen Inhalt stark erweitert, Schleimhaut überall dem. entsprechend verdünnt.
276.	B. P. 49 J.	Desc. ut. et. vag. Append. chron.	lang, stark in Fett eingebettet, retrocoecal, starke Gefäßzeichnung, adhärent.	—
277.	D. E. 42 J.	Ovarialtumor	im ganzen Verlauf daumendick, distal in stärkste Verwachsungen eingebettet, in der dist. Hälfte drei tiefe Einschnürungen	—
278.	H. F. 25 J.	Retrofl. ut.	nach oben geschlagen, im mittleren Teil fixiert.	reichlich Eosinophile zwischen den Follikeln.
279.	W. E. 19 J.	Retrofl. ut. mob.	kurz, in der Mitte winklig abgeknickt, nach hinten geschlagen u. hier adhärent.	—
280.	Rt. T. 24 J.	sehr lang	sehr lang, geknickt, retrocoecal und breit verwachsen.	Submucosa stellenweise verbreitert.
281.	Sch. 46 J.	Retroversio uteri Append. chron.	lang, in der Mitte geknickt.	—
282.	M. L. 44 J.	Retrofl. uteri.	geknickt und längs verwachsen.	—
283.	L. A. 23 J.	Retrofl. ut. mob.	lang, geknickt, nach unten geschlagen und mit dem Coecum verwachsen.	in der Submucosa Fettgewebe, reichlich eosinophile Zellen.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	**Makroskopischer** Befund	**Mikroskopischer** Befund
284.	Mk. K. 18 J.	Ovarialtumor	rechtwinkl. geknickt, retrocoecal, vollkommen verwachsen.	—
285.	P. D. 18 J.	Adnexitis Append. chron.	lang, Spitze kolbenförmig aufgetrieben, ben, nach hinten geschlagen und fixiert.	—
286.	B. A. 32 J.	Pyosalpinx	Spitze verdickt, geknickt, nach hinten geschlagen, adhärent.	periappendicitische Veränderungen, Mucosa und Submucosa frei.
287.	Sch. 26 J.	Salpingitis	fest nach hinten fixiert.	—
288.	B. N. 30 J.	Retrofl. ut. fix.	Spitze gänzlich verklebt.	—
289.	Ö. K. 16 J.	Pyosalpinx Append. chron.	ganz in den Douglas hineingesunken, verdickt, an der Basis durch Schwarten adhärent.	—
290.	K. E. 33 J.	Retroversio uteri Append. chron.	im prox. Drittel rechtwinkl. geknickt und hier adhärent.	—
291.	H. T. 25 J.	Fibrosarkom	prox. Drittel rechtwinklig geknickt und in derbe Adhäsionen gebettet.	—
292.	W. R. 51 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	die prox. Hälfte in Verwachsungen eingebettet.	im Lumen viel Kot, dadurch Schleimhaut abgeplattet.
293.	M. H. 49 J.	Retrofl. ut. mob.	im mittleren Teil abgeknickt und verwachsen, Mesenteriolum verkürzt.	—
294.	L. K. 33 J.	Retrofl. ut. mob.	klein, kurz, breit verwachsen.	—
295.	H. B. 22 J.	Ovarialtumor	außerordentlich klein, mit dem Coecum verwachsen.	große Follikel mit Keimzentren viel Eosinophile im Stroma.
296.	B. S. 33 J.	Retrofl. uteri Append. chron.	in der Mitte geknickt proximal adhärent.	—
297.	M. J. 37 J.	Retrofl. ut. mob.	proximal adhärent.	Verdichtung der Submucosa durch große Fettläppchen.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
298.	K. A. 23 J.	Retrofl. ut. mob.	sehr lang, retrocoecal, am dist. Ende durch Adhäsionsstränge mit der Umgebung verwachsen.	—
299.	H. R. 22 J.	Retrofl. ut. mob.	groß, lang, an der Spitze inj. und verdickt, an der Basis flächenhaft verwachs.	—
300.	H. P. 38 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	lang, auffallend dünn, retrocoecal, im ganzen Verlauf adhärent.	—
301.	F. R. 43 J.	Uterusmyom	breit mit der Tube und der Hinterfläche des Uterus verwachs.	Lumen weit, mit viel Kot gefüllt, Schleimhaut abgeplattet, darin stellenweise gehäufte Eosinophile.
302.	L. U. 23 J.	Retrofl. ut. fix Append. chron.	mit dem Coecum verwachsen.	—
303.	N. B. 40 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	sehr dünn, nach hinten fixiert und verbacken.	—
304.	W. E. 41 J.	Descensus vag.	stark verwachsen und in Fett eingebettet.	—
305.	R. W. 28 J.	Retrofl. uteri. Append. chron.	kurz, verdickt, an der Basis leichte Adhäsionen.	Submucosa sehr zellreich
306.	M. N. 34 J.	Desv. ut. et. vag. Append. chron.	sehr dünn, retrocoecal atroph., strangförmig ausgezogen u. in Verwachsungen eingebettet.	—
307.	G. I. 38 J.	Retrofl. ut. mob.	ziemlich lang, retrocoecal, im prox. Teil adhärent.	—
308.	I. L. 18 J.	Ovarialcyste	retrocoecal, im prox. Teil adhärent.	in der Schleimhaut frische haemorrhagische Infiltrate.
309.	S. R. 36 J.	Retrofl. uteri Append. chron.	retrocoecal, im prox. Teil adhärent.	in der Wand große Lymphfollikeln.
310.	N. I. 35 J.	Ovarialtumor	kurz, dick; durch alte Verwachsungen m. der Umgebung verbunden.	reichlich lymphatisches Gewebe in der Schleimhaut.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
311.	D. A. 42 J.	Myoma uteri	durch eine in der Mitte liegende Adhösion winklig abgeknickt.	weites Lumen mit viel Kot.
312.	R. A. 20 J.	Ovarialtumor Append. chron.	abgeknickt und in der Mitte fest verwachsen.	enges Lumen, in letzterer Schleimhauttrümmer.
313.	K. R. 21 J.	Retrofl. uteri.	sehr lang, nach rückwärts geschlagen; in ganzer Länge adhärent.	—
314.	B. Z. 33 J.	Retrofl. uteri.	dünn; die Basis des Wurms mit dem Coecum fest verwachsen.	im Fettgewebe des Mesenteriolum kleine, frische Blutung, wohl operativ.
315.	W. M. 26 J.	Tubargravidität	winklig abgeknickt und mit Darm verwachsen.	enges Lumen.
316.	B. K. 39 J.	Retrofl. ut. fix.	nach unten geschlagen und verwachsen.	—
317.	S. A. 27 J.	Retrofl. uteri; Append. chron.	genau in der Mitte winklig abgeknickt, prox. Ende auf der Unterlage verbacken.	in der Submucosa viel Fettgewebe.
318.	F. R. 23 J.	Doppelseitige Salpingitis	sehr weit und schlaff am Coecum adhärent.	am Ende gedehnt durch einen Kotpfropf (kein echter Kotstein).
319.	R. E. 35 J.	Adnextumor	stark verlagert, verdickt, verwachsen m. den Adnexen;	reichlich Eosinophile in der Schleimhaut.
320.	R. L. 28 J.	Hydrosalpinx	m. Adnexen verwachsen.	große Keimzentren in den Lymphfollikeln.
321.	R. S. 18 J.	Retrofl. uteri, Append. chron.	sitzt im basalen Teil der Unterlage fest auf.	reichlich lymphatisches Gewebe.
322.	N. K. 24 J.	Retrofl. ut. mob.	seitlich ans Coecum fixiert.	—
323.	B. O. 40 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	mit zwei Drittel am Coecum verwachsen.	—
324.	Z. R. 49 J.	Descensus ut. Prol. vag.	kurz, an der Unterfläche breit adhärent.	—
325.	B. U. 24 J.	Retrofl. ut. mob.	im prox. Teil m. dem Coecum verwachsen und eingerollt.	—

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
326.	B. F. 24 J.	Tubargravidität	fest mit der Umgebung verwachsen.	—
327.	W. T. 21 J.	Uterusmyom	die Spitze breit mit d. Adnexen verwachs.	viel Kot im Lumen.
328.	M. G. 42 J.	Retrofl. ut. mob.	außerordentlich lang, stark injiziert, ödem. atisiert, retrocoecal verlagert und fixiert.	Lumen mit viel Kot gefüllt, Schleimhaut dadurch abgeplattet.
329.	G. S. 31 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	äußerst lang, retrocoecal u. verwachs.	das Lumen verengt sich gegen die Spitze zu.
330.	D. L. 25 J.	Retrofl. ut. Adhäsionen	lang, zwei Drittel m. d. Coecum verwachsen indem sie eine S-förmige Schleife bildet.	—
331.	D. H. 29 J.	Hydrosalpinx, Ovarialcyste	sehr kurz, dünn und überall verwachsen.	—
332.	F. R. 38 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	retrocoecal, im ganzen Verlauf adhärent	—
333.	R. E. 27 J.	Ovarialtumor	retrocoecal, mit dem Coecum fest verbakken.	—
334.	S. U. 31 J.	Retrofl. ut. f. Append. chron.	lang, überall verwachsen.	stark erweitertes Lumen, ganz gefüllt mit Kot, die Wand dementsprechend verdünnt.
335.	F. B. 22 J.	Desc. ut. et. vag.	leichte Adhäsionen mit dem Coecum.	Lumen im dist. Ende mit Kot gefüllt, dadurch stark erweitert.
336.	B. M. 33 J.	Retrofl. ut. f.	retrocoecal u. ganz platt an der Unterlage verwachsen.	—
337.	K. M. 35 J.	Uterusmyom, Ovarialcystom	gegen die Basis zu durch eine Adhäsion fixiert.	—
338.	H. R. 27 J.	Ovarialtumor Append. chron.	prox. verwachsen.	—
339.	D. A. 27 J.	Retrofl. ut. f. Append. chron.	breitbasig mit dem Coecum verwachsen.	in der Mitte ein 2 mm großer, von der Appendixwand fest umschlossener Traubenkern.
340.	Z. D. 42 J.	Uterusmyom	die Spitze ist mit dem rechten Ovar verwachsen.	—

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
341.	Sch. 23 J.	Ovarialcyste	an der Spitze atrophisch und unter Adhäsionen verborgen, in der Mitte geknickt.	im dist. Teil narbig oblit. in der Muskulatur ein entzdl. Infiltrat.
342.	Ö. T. 32 J.	Retrov. ut.	mit dem Coecum verwachsen.	im erweitertem Lumen ein geschichteter, trockener Kotstein; hier vereinzelte, kleine bindegewebige Narben, in der Muskulatur geringe zellige Infiltr.
343.	E. O. 51 J.	Desc. ut. et. vag.	an der Unterfläche fest fixiert.	in Submucosa u. Muscularis einzelne Leukozytenherde; die Wand ödematös durchtränkt.
344.	H. R. 36 J.	Salpingitis Append. subac.	in oberflächliche Adhäsionen gehüllt, an der Basis nach hinten geschlagen.	reichlich entzdl. Verdikkungen des Peritonealüberzuges.
345.	K. E. 28 J.	Retrofl. ut. fix. Adnexitis chron.	mit der Spitze adhärent, hochrot inj. u. stark verdickt.	in Serosa und subserösen Fettgewebe bis in die äußere Muskelschicht hineinreichend kleinzellige Infiltrate mit Lymphozyten, einigen Plasmazellen und Leukozyten.
346.	B. K. 21 J.	Ovarialcyste Append. chron.	deutlich vergrößert u. inj. u. mit der Umgebung verwachsen.	Lumen weit eröffnet; in mittlerer Höhe bräunliche Verfärbung der Schleimhaut, Nekrose m. starker Rundzelleninfiltration und Hyperämie; auch in Muscularis und Subserosa starke Infiltration.
347.	S. B. 38 J.	Retrofl. ut. Append. chron.	winklig geknickt, inj. kolbig aufgetrieben, breit auf der Unterfläche adhärent.	untere Hälfte viel dicker als die obere; beruht auf einer Hypertrophie.
348.	L. E. 20 J.	Ovarialtumor	im unteren Drittel am Coecum adhärent.	an einzelnen Stellen der Oberfläche peripendicitische Verdickungen der Serosa.
349.	H. B. 36 J.	Retrofl. ut. Append. chron.	retrocoecal, flächenhaft am Coecum adhärent.	chron. entzündliche Verdickung des Peritonealüberzuges, vorwiegend im prox. Teil.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
350.	G. D. 26 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	nach hinten geschlagen u. fest verwachsen, das Coecum ist mit einem feinen fibrinösen Belag bedeckt.	im Peritonealüberzug diffuse haemorrhagische Infiltration.
351.	R. O. 35 J.	Ovarialcyste	im dist. Drittel winklig abgeknickt u. gegen die Bauchserosa verwachsen.	im dist. Abschnitt die Submucosa an 1 Stelle äußerst dick und derb, auch in die Muskulatur einigende Fortsätze hineinschickend.
352.	B. S. 28 J.	Retroversio uteri	mit einer Darmschlinge verwachsen.	Submucosa bindegewebig derb, grobfaserig.
353.	K. T. 29 J.	Retroflex.-versio uteri	prox. Teil U-förmig gebogen, sowohl am Coecum als auch an einer Darmschlinge adhärent.	leichte Verdickung des Serosaüberzuges.
354.	K. A. 33 J.	Hydrosalpinx	breite Verklebungen mit der Dickdarm-Serosa.	Submucosa derb bindegewebig, das Bindegewebe reicht an mehreren Stellen tief in die Muskelschicht hinein.
355.	K. N. 40 J.	Ovarialtumor	kurz, dick, gebogen.	im dist. gebogenen Abschnitt ein zentrales Carcinoid, die Stelle der Schleimhaut einnehmend und das Lumen ganz verlegend, einzelne Gruppen von Epithelsträngen auch in der Submucosa und Muscularis.
356.	Sch. 26 J.	Pelveoperitonitis	12 cm lang an der Spitze der Basis bis breit u. fest adhärent.	in der Serosa einzelne zellreiche Herde.
357.	St. R. 23 J.	Retropositio ut. f.	sehr lang, fast ganz mit dem Coecum verwachsen.	das Lumen ausgefüllt v. einem zellreichen, lockeren Bindegewebe, das einige Lymphknötchen umschließt.
358.	G. F. 40 J.	Uterus myomatosus	retrocoecal und hier fixiert.	die Schleimhaut in ganzer Ausdehnung zugrunde gegangen, an ihrer Stelle derb-faseriges Bindegewebe mit Lymphknötchen.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	**Makroskopischer** Befund	**Makroskopischer** Befund
359.	Sch. 29 J.	Ovarialtumor	weit nach hinten geschlagen u. im dist. Drittel winklig abgeknickt, zwischen Wurm u. Mesenteriolum breite, flächenhafte Adhäsionen.	2 Kotsteine im Innern; die innere Muskelschicht ist aufgesplittert.
360.	S. A. 31 J.	Retrofl. ut. Append. chron.	in der Mitte abgeknickt, flächenhaft u. breit mit der Serosa der umgebenden Därme verwachsen.	groß., geschichteter Kotstein im mittleren Teil, hier die Wand entsprechend verdünnt.
361.	P. O. 29 J.	Adnextumor	fast in ganzer Ausdehnung verwachsen u. stark inj., auch das ganze Coecum ist entzündlich gerötet.	im mittleren Teil ein eingetrockneter Kotstein.
362.	A. J. 34 J.	Ovarialcyste	winklig geknickt, Spitze kolbig verd., überall breite Adhäsionen mit dem Peritoneum.	im Lumen ein großer, trockener Kotstein.
363.	L. U. 32 J.	Retrofl. ut.	an der Spitze mit der rechten Tube fest verwachsen.	im Lumen Oxyuren; Serosa leichte entzündliche Infiltration.
364.	Sch. 37 J.	Desc. ut. et. vag. Append. chron.	retrocoecal, feste Narbenstränge bis ins Becken, so daß auch Tuben und Ovarien in die Verwachsungen einbezogen sind.	in Mucosa eine Narbe; in der Submucosa kuglige Kalkablagerungen.
365.	K. T. 33 J.	Ovarialtumor	an der Basis in breite Adhäsion gebettet und winklig abgekn.	im Lumen reichlich Schleim.
366.	T. H. 28 J.	Sterilität	bis zur Spitze fest verwachsen.	Bindegewebe der Submucosa hyalin entartet.
367.	H. A. 18 J.	Ovarialcyste Append. chron.	verdickt. nach oben völlig gestreckt verlaufend, in ganzer Ausdehnung adhärent.	fibröse Verdichtung der Submucosa, stellenweise Narben in der Musculatur.
368.	M. E. 28 J.	Tubargravidität	in der Mitte gekn. und nach hinten geschlagen.	in der Muscularis um d. Blutgefäße breite bindegewebige Veränderungen.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
369.	T. L. 30 J.	Retrofl. ut. fix.	nach hinten geschlagen, von der Spitze bis zur Basis breit adhärent.	Serosaüberzug stellenw. verdickt, die Wand sonst frei.
370.	E. N. 39 J.	Retroversio uteri Append. chron.	in ganzer Länge mit Ausnahme der Spitze an der Unterfläche verwachsen.	Proc. Vermiformis mit periappendicitischen Bindegewebsverdickungen.
371.	A. V. 27 J.	Retrofl. ut. Append. chron.	die dist. Hälfte verdickt und inj.	ausgedehnte Narbenbildung in und unter der Schleimhaut; beide Muskelschichten sind verbreitert.
372.	H. R. 44 J.	Pyosalpinx	dünn, kurz, sehr fettreiches Mesenter. m. Coecum verwachsen.	Lumen vollständig obliteriert.
373.	N. U. 45 J.	Uterus myomatosus	ganz klein, auf der Rückfl. verwachsen.	im dist. Teil narbig obliteriert.
374.	G. S. 33 J.	Pelveoperitonitis	mit Coecum verwachs.	total obliteriert, die Innenschicht der Muskulatur aufgelockert durch zahlreiche kleine, narbige Herde.
375.	M. R. 54 J.	Retrofl. ut.	verwachsen.	in ganzer Länge vollständig obliteriert.
376.	N. L. 34 J.	Desc. ut. Prol. vag.	außerordentlich dünn retroperitoneal durch Verwachsungen vollständig verschwund.	ganz obliteriert, die Muskulatur fehlt an einem Teil des Umfanges.
377.	W. K. 28 J.	Retrofl. ut. fix.	dünn, winklig, geknickt und breit auf der Unterfläche verwachsen.	Spitzenteil obliteriert in einer Ausdehnung von gut ½ cm.
378.	J. B. 34 J.	Desc. ut. Append. chron.	kurz, von der Basis bis zur Spitze breit an der Unterfläche verwachsen.	an Stelle des Lumens zell- und bindegewebsreiches Gewebe mit Haemosiderinablagerungen, also vollständig obliteriert; Submucosa stark fettdurchwachsen.
379.	M. A. 39 J.	Retrofl. ut. Append. chron.	vollkomm. atropisch und bis zur Mitte basal breit fixiert.	totale Obliteration.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
380.	W. L. 47 J.	Myom Append. chron.	in Adhäsinen eingehüllt.	oben obliteriert, distal erweitertes Lumen, darin Schleim und alte Kotreste.
381.	B. S. 39 J.	Desc. ut. et. vag. Append. chron.	an der Spitze stark gekrümmt, nach hinten geschlagen und völlig adhärent.	Obliteration des peripheren Teiles, periappendicitische Bindegewebsneubildung in großer Ausdehnung.
382.	R. H. 17 J.	Retrofl. ut.	mit Mesent. verwachsen.	an der Spitze entzündl. obliteriert, an den höheren Abschnitten Lumen offen, in der Muskelschicht stellenweise Narben.
383.	Sch. 36 J.	Retrofl. ut. Append. chron.	weithin verklebt.	in den oberen Abschnitten teilweise Fehlen des Epithels, Submucosa durch Bindegewebsneubildung verdickt, Muscularis einige Lücken; auf tieferen Schnitten völlig obliteriertes Lumen.
384.	P. H. 31 J.	Ovarialcyste	3 cm lang, im ganzen Verlauf mit dem Coecum verwachsen.	Lumen vollkommen obliteriert.
385.	G. E. 44 J.	Desc. ut. Append. chron.	in ganzer Ausdehnung hochgeschlag., fest mit der Darmwand verlötet.	totale Obliteration.
386.	L. K. 29 J.	Ovarialcyste	es findet sich in narbig veränderter Umgebung nur ein kleiner obl. Strang als Rest; dieser liegt retrocoecal, subserös.	—
387.	R. A. 40 J.	Uterus myomatosus	kurz, dünn, retrocoecal, am Coecum adhärent.	narbige Umwandlung der Schleimhaut und unvollkommene Obliteration d. Lumens.
388.	W. A. 26 J.	Ovarialcystom	retrocoecal, in der prox. Hälfte flächenhafte Adhäsionen.	in ganzer Länge obliteriert.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
389.	A. L. 26 J.	Ovarialcystom	durch breite, feste Adhäsion in der Mittellinie nach rückwärts fixiert.	an der Spitze obliteriert, in den höheren Teilen Narben, ebenso in der inneren Muskelschicht.
390.	R. S. 23 J.	Retrofl. ut. mob. Append. chron.	in ganzer Länge mit dem Coecum fest verwachsen.	unten total obliteriert. oben Lumen offen.
391.	H. G. 37 J.	Uterusmyom Append. chron.	an der Grenze zwischen dist. und mittleren Drittel winklig geknickt und in flächenhafte Adhäsionen gehüllt.	der Endteil entzündl. obliteriert.
392.	E. W. 50 J.	Uterus myomatosus	geringe subseröse Adhäsionen.	in ganzer Länge entzdl. obliteriert.
393.	Sch. 41 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	retrocoecal, fest verwachsen.	im unteren Teil gänzlich oblit., im mittleren Teil ein Kotstein. welcher stellenweise zur Nekrose der Schleimhaut geführt hat.
394.	G. S. 37 J.	Myoma uteri Append. chron.	2mal winklig gekn. und fast ganz verwachsen.	an der Spitze obliteriert.
395.	R. H. 33 J.	Retrofl. ut.	retrocoecal, im ganzen Bereich mit der Umgebung adhärent.	im unteren Teil entzdl. obliteriert.
396.	M. K. 45 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	im unteren Drittel winklig fixiert und völlig atrophisch.	in ganzen Länge entzdl. obliteriert.
397.	F. A. 33 J.	Retrofl. ut. Append. chron.	tief unten fixiert.	in ganzen Länge entzdl. obliteriert.
398.	H. R. 52 J.	Ovarialcystom	kurz, breit adhärent.	in ganzen Länge entzdl. obliteriert.
399.	V. B. 23 J.	Retrofl. ut.	lang, retrocoecal, an der Unter- u. Rückfläche des Coecum adhärent.	totale Oblit. mit starker Verdünnung im unteren Teil; auch höher oben, wo das Lumen erhalten ist, ausgedehnte Narbenbildung in Schleimhaut und Submucosa.
400.	Sch. 40 J.	Retrofl. ut. mob. Desc. vag.	an der Unterfläche des Coecum adhärent.	im unteren Abschnitt entzündlich obliteriert.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	**Makroskopischer** Befund	**Mikroskopischer** Befund
401.	D. B. 26 J.	Retrofl. ut. mob. Append. chron.	in ganz. Länge nach unten und hinten adhärent.	am dist. Ende d. Lumen vollständig oblit. durch narbige Umwandlung der Muscul. und Submucosa; im höheren Abschnitt Submucosa entzündlich verdickt.
402.	Z. N. 31 J.	Ovarialtumor	hochgradig verdickt, Spitze mit der Nachbarschaft verwachs.	am Ende entzdl. oblit.
403.	D. K. 49 J.	Ovarialtumor	sehr lang, bis zur Spitze in feste Verbackungen der Unterlage aufgelötet.	zahlreiche kleine Rundzellenstränge des peritonealen Ueberzuges, etwas in die Muskulatur eindringend.
404.	D. S. 31 J.	Retrofl. ut. mob.	an der Beckenwand adhärent Spitze sehr innig mit dem Bekkenperitoneum verwachsen.	in Serosa und Muscularis leichte Entzündunigsherde; in der Submucosa noch nicht vollständige Narbenbildung.
405.	H. Z. 46 J.	Uterusmyom	retrocoecal, fest verwachsen.	in der Muskelschicht mehrfach Unterbrechungen und Verwerfungen; in der Submucosa derb bindegewebige Struktur.
406.	M. M. 32 J.	Desc. vag.	11 cm lang, Spitze im kleinen Becken ze adhärent.	der mittlere Teil aufgetrieben durch einen großen, concentrisch geschichteten Kotstein.
407.	P. G. 28 J.	Ovarialcyste	ganz nach hinten geschlagen, winklig geknickt und breit auf der Unterlage abhärent.	im Lumen ein Kotstein, in der Schleimhaut unter demselben zwei kleine Geschwüre mit leicht entzdl. Grund.
408.	F. H. 30 J.	Tubargravidität	verdickt, an d. Spitze adhärent.	Schleimhaut sehr dick mit viel lymphat. Gewebe; in den äußeren Schichten d. Wand leicht entzdl. Infiltrate, an einer Stelle ein aufgelagertes Blutgerinnsel in beginnender Organisat.
409.	St. L. 38 J.	Retrofl. ut.	im ganzen Verlauf, vor allem an d. Spitze breit verwachsen.	perivasculäre Rundzelleninfiltrate, bes. in den äußeren Schichten der Serosa.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	Makroskopischer Befund	Mikroskopischer Befund
410.	E. B. 38 J.	Retrofl. ut. mob. Append. chron.	in großer Ausdehng. verwachsen.	stellenweise Leukozytenherde in Muscularis und Submucosa.
411.	F. S. 25 J.	Ovarialtumor Retrofl. ut.	retrococcal, am Ende kolbig aufgetrieben, inj. und in schleierartige Adhäsionen eingehüllt.	geringe und lokal verschiedene Infiltrate von Leukozyten in der Muskulatur.
412.	B. O. 26 J.	Retrofl. ut.	im ganzen Verlauf breit verwachsen.	leichte entzdl. Infiltrat., in der Serosa mit leichter Verdickuung der letzteren.
413.	B. S. 34 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	tief in alte Verwachsungen eingebettet.	in der Schleimhaut einige leukozytäre Herde;
414.	Sch. 29 J.	Retroversio ut.	hinter dem Colon gelegen und dort fixiert.	in der Tiefe völlig oblit.
415.	D. L. 37 J.	Retrofl. ut.	in ganz. Länge nach unten und hinten adhärent.	dist. Ende fast vollständ. oblit. Submucosa und Muscularis narbig umgewandelt, von der Muskulatur ist nur noch ein kleiner Rest vorhanden.
416.	M. L. 27 J.	Retrofl. ut. Desc. vag.	kurz, stellenw. auffallend derb, völlig in Adhäsionen eingebettet.	total obliteriert.
417.	K. M. 43 J.	Retrofl. ut. Append. chron.	lang, in ganzer Länge an der unteren Hinterfläche des Coecum adhärent.	totale entzdl. Obliterat.
418.	K. U. 48 J.	Ovarialcystom	retrococcal, in ganzer Länge adhärent.	in ganzer Länge entzdl. oblit.
419.	K. S. 45 J.	Retrofl. ut. mob. Desc. vag.	vollkommen in feine Adhäsionen eingebettet.	in den dist. Teilen ein völliger Verschluß des Lumens mit bindegewebiger Obliteration.
420.	K. O. 31 J.	Retroversio uteri mob.	sehr lang, nach hinten geschlagen, an d. Basis abhärent.	fast in ganzer Länge entzündl. obliteriert.
421.	U. F. 33 J.	Desc. vag.	in alte Verwachsung. eingebettet und an der Unterfläche am Coecum abhärent.	Obliteration des dist. Endes.

Lfd. Nr.	Name u. Alter	Operations-indikation	**Makroskopischer** Befund	**Mikroskopischer** Befund
422.	D. A. 42 J.	Uterus myomatosus	verwachsen.	in der Tiefe völlig oblit. Schleimhaut findet sich nicht mehr, dafür derbes Narbengewebe.
423.	D. S. 32 J.	Retrofl. ut. m.	sehr lang, nach oben geschlagen, mit Mesocolon fest verwachsen.	an der Spitze alte entzdl. Obliteration.
424.	E. G. 29 J.	Retrofl. ut. Ovarialcyste	mit der Umgebung flächenhaft verwachsen.	in ganzer Länge entzdl. oblit.
425.	W. B. 36 J.	Prol. vag. Append. chron.	zur Spitze hin zieht ein derber Netzstrang.	Endteil durch alte Entzündung obliteriert.
426.	E. R. 40 J.	Myoma uteri	am Coecum adhärent.	im unteren Teil vollkommen bindegewebig obliteriert.
427.	M. O. 54 J.	Ovarialcystom	an der Spitze auf das 3fache verdickt, kolbig aufgeschwollen.	Hydrops des Proc. verm. das Lumen oblit. Divertikel ins fetthaltige Mesenter., Pseudomyxoauflagerungen auf der Außenfläche.

Schrifttum

Aschoff: Spezielle Pathologie.

Döderlein-Krönig: Operative Gynäkologie. 3. Auflage.

Bürger: Demonstrationen zur Frage der prophylaktischen Appendektomie bei gynäkologischen Operationen. Zbl. f. Gynäkologie Nr. 24/IV.

Pankow: Warum muß bei gynäkologischen Operationen der Wurmfortsatz mitentfernt werden? Münchn. Med. Wochenschrift 1907 p. 1475.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. C. J. Gauß für die Ueberlassung des Themas und für seine Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

Ebenso danke ich Herrn Geheimrat Professor Dr. M. B. Schmidt und Herrn Professor Dr. M. Groll für die gütige Durchsicht meiner pathologischen Befunde.

Ich erkläre hiermit, vorliegende Arbeit selbständig und nur mit Hilfe der angegebenen Literatur ausgeführt zu haben.

Ludwig Binner.

Lebenslauf

Ich wurde am 1. Mai 1910 als zweiter Sohn des katholischen Kaufmanns Johann Binner in Regensburg geboren. Nach vierjährigem Besuch der Volksschule Regensburg-Stadtamhof war ich neun Jahre am humanistischen Neuen Gymnasium Regensburg und erhielt dort Ostern 1930 das Reifezeugnis. Mein medizinisches Studium begann ich in München, unterzog mich dort 1933 der ärztlichen Vorprüfung und blieb bis zum achten Semester. Die letzten vier klinischen Semester verbrachte ich in Würzburg, wo ich im Juni 1936 das medizinische Staatsexamen bestand.

Ludwig Binner.

Buchdruckerei E. Bechstein, Inh. Wilhelm Hinckel
Wertheim am Main
1938